



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

RUMO À ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção de grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica.**

Carla Alexandrina de Figueiredo Almeida

VISEU, Abril de 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

RUMO À ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção de grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica.**

Carla Alexandrina de Figueiredo Almeida

Orientação: Mestre Jorge Melo

VISEU, Abril 2011

RESUMO

A enfermagem é uma profissão com franco potencial evolutivo, que se tem vindo a afirmar cada vez mais ao longo dos tempos. Para que isso seja possível, é imprescindível que cada enfermeiro seja capaz de assumir as suas intervenções profissionais agindo com autonomia, responsabilidade e empenho dentro do seu campo de competências. Esta autonomia funciona como um elemento favorecedor do desenvolvimento profissional, na medida em que possibilita uma maior satisfação no trabalho (Meneses, 2004). Partilhando desta opinião senti a necessidade de frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado no Instituto de Ciências da Saúde ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

Este trabalho, sob a forma de Relatório, é uma reflexão em torno, das dificuldades e dos confrontos, que surgiram nos estágios realizados. O primeiro decorreu na Unidade de Diálise de 26/04/2010 a 26/06/2010, e o segundo foi levado a cabo no Serviço de Urgência Geral no período de 04/10/2010 a 04/12/2010, ambos foram realizados no Hospital S. Teotónio EPE.

Os objectivos traçados para os respectivos campos de estágio foram:

- ◆ Desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo reflexões e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ◆ Saber aplicar os seus conhecimentos, a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- ◆ Ser capaz de comunicar as suas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a profissionais especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A aquisição de competências, destreza técnica, planificação e tomada de decisão, em situações complexas e imprevisíveis, no contexto das unidades urgência e de diálise, foi uma mais-valia na abordagem ao doente crítico.

Neste contexto adquiri e desenvolvi novas competências nomeadamente a capacidade de intercomunicação, integração em equipa, capacidade de liderança, inovação e a adaptação à mudança.

ABSTRACT

Nursing is a profession with a frank evolutionary potential, which has been claiming more and more affirmation over time. To make this possible, it is imperative that each professional is able to assume their professional interventions acting with autonomy, responsibility and commitment within their field of competences. This autonomy works as an element to facilitate the professional development, as it allows greater job satisfaction (Meneses, 2004). Sharing this view felt the need to attend the Course of Specialization in Medical-Surgical Nursing, taught at the Institute of Health Sciences run by the Catholic University, Centro Regional das Beiras.

This work, in the form of report, is a reflection on, the difficulties and conflicts that have emerged in stages performed. The first took place in the Dialysis Unit of 26/04/2010 to 26/06/2010 and the second was conducted at the Emergency General for the period 04/10/2010 to 04/12/2010, both were made in Hospital S. Teotónio EPE.

The goals set for the respective fields of stages were:

- ◆ Develop the ability to integrate knowledge, handle complex issues, including reflections about ethical and social responsibilities that result from those solutions and those judgments or what could conditioning them;
- ◆ To apply their knowledge and their ability to understand and solve problems in new and unfamiliar situations, in wide-ranging contexts and disciplines, related to the area of specialization in Medical-Surgical Nursing;
- ◆ Be able to communicate their findings as well as the knowledge and reasoning behind them, either to specialists or non-specialists professionals, in a clear way and without ambiguity.

The acquisition of skills, technical abilities, planning and decision making in complex and unpredictable situations in the context of emergency and dialysis units, was an asset in the approach to the critical patient.

In this context I have acquired and developed new skills such as the ability to intercommunicate, team integration, leadership skills, innovation and adaptation to change.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho e o esforço despendido durante este último ano teria sido inglório, sem o estímulo e a colaboração daqueles que mais sofreram com as minhas ausências, a minha família.

Gostaria antes de mais de agradecer ao meu orientador, Enfermeiro Jorge Melo, que abriu novas perspectivas em termos de formação e aprendizagem, inspirando e incentivando este trabalho.

A todos os professores e colegas de curso de mestrado, pela caminhada comum neste longo e por vezes difícil caminho.

Um imenso obrigado a todos os Enfermeiros que me apoiaram nos diferentes campos de estágios, em especial aos enfermeiros tutores.

Por muito mais... A todos o meu profundo “bem-haja”.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ATLS	Advanced Trauma Life Support
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CVC	Cateter Venoso Central
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
GHAF	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
GLINTT-HS	Global Intelligent Technologies – Healthcare
H.S.T.	Hospital São Teotónio
IRC	Insuficiente Renal Crónico
PA	Pressão Intra-arterial
PAM	Pressão Arterial Média
PCR	Paragem Cardio Respiratória
PIA	Pressão Intra Abdominal
PVC	Pressão Venosa Central
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SCA	Síndrome de Compartmento Abdominal
SIV	Suporte Imediato de Vida
S.O.	Sala de Observações
SU	Serviço de Urgência
TISS28	Simplified Therapeutic Scoring System 28 itens
TNCC	Trauma Nursing Core Course
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UDC	Unidade de Decisão Clínica
UMDC	Unidade de Monitorização do Doente Cirúrgico
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1.1. Unidade de diálise	18
1.2. Serviço de urgência	28
2. CONCLUSÃO.....	39
BIBLIOGRAFIA	43

ANEXOS

ANEXO I- Listagem de pedidos de farmácia

ANEXO II- Processo de Enfermagem e protocolos em linguagem CIPE para suporte informático

ANEXO III- Formação em serviço sobre o mecanismo fosfo-cálcico

ANEXO IV- Avaliação da formação: Mecanismo fosfo-cálcico

ANEXO V- Estudo de caso lesão renal aguda associada a vasculite

ANEXO VI- Protocolo da Biópsia Renal

ANEXO VII- Acção de formação: Fluidoterapia cristalóides versus coloides

ANEXO VIII – Poster “Via Aérea Difícil”

ANEXO IX – Artigo científico- Cristaloides VS Coloides

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem conscientes dos contextos actuais, apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício, dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano – complexo e único

O presente relatório de estágio reporta-se aos estágios curriculares, inseridos na componente prática do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, que decorreram entre 24 de Abril de 2010 e 4 de Dezembro 2010.

Não existindo um conceito sobre “Relatório de Estágio”, no Dicionário da Língua Portuguesa (2009), a palavra relatório reporta-se á: “exposição oral ou escrita, objectiva e minuciosa, de um assunto...”.

Assim sendo este relatório pretende ser uma explanação das actividades realizadas, e competências adquiridas nos dois campos de estágio.

Segundo Vasconcelos (1992), os estágios têm como finalidade complementar a formação teórico-prática, em circunstâncias concretas do local de trabalho de uma instituição, que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias.

Revestem-se pois de grande importância os ensinamentos clínicos de enfermagem e, neste contexto, as instituições de ensino, em parceria com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, têm grande responsabilidade em facilitar aos estudantes o desenvolvimento de capacidades para a prática de enfermagem, pois o ensino clínico permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho (Matos, 1997).

A competência, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003), é um fenómeno multidimensional, complexo sendo definido como a capacidade do enfermeiro para exercer de forma segura e eficaz, a sua responsabilidade profissional.

As competências relacionais enquanto Saberes-fazer relacionais dizem respeito a um conjunto de capacidades que permitem uma cooperação eficaz com os outros, capacidade de escuta, negociação, trabalho de grupo e comunicação. Fazem parte das competências específicas da profissão de Enfermagem a capacidade de

intercomunicação, a integração em equipa, a capacidade de liderança, a inovação e a adaptação à mudança (Dias, 2004).

As competências só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interacção com o meio envolvente. Não é estática e não advém somente de uma panóplia de conhecimentos adquiridos, mas constitui antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos (Mendonça, 2009).

Assim sendo, consciente dos contextos actuais, que apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento de competências, considerando-as essenciais para a qualidade dos cuidados prestados ao ser humano – complexo e único, senti a necessidade ampliar os conhecimentos na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os estágios realizados foram dois, respectivamente, Modulo I (Serviço de Urgência) e Modulo III estágio opcional (Unidade de Diálise).

O estágio opcional foi realizado na Unidade de Diálise do Hospital de S. Teotónio E.P.E, que decorreu de 26 de Abril a 26 de Junho de 2010.

Esta Unidade localiza-se no primeiro piso do hospital, pois assiste muitos doentes em ambulatório, logo com preocupações de acessibilidade para mesmos. A sua estrutura física comporta duas salas de hemodiálise, e uma sala de diálise peritoneal: nas primeiras são realizados tratamentos hemodialíticos e na segunda são executados todos os procedimentos relativos á técnica da diálise peritoneal, desde exteriorização dos cateteres peritoneais ao ensino aos doentes tendo em vista a sua autonomia para a realização, no domicílio, dos procedimentos associados á realização da técnica. É também nesta sala que os doentes em Diálise peritoneal (DP) são recebidos quando solicitam o Enfermeiro por questões que se prendem com o esclarecimento de dúvidas ou para realizarem tratamentos relacionados com a diálise peritoneal. Existe ainda um espaço designado “sala de acessos” onde se efectuam procedimentos invasivos como a colocação de cateteres centrais para hemodiálise e a realização de biopsias renais. Existem, ainda, outras salas e gabinetes de apoio.

A escolha da realização do estágio na Unidade de Diálise, surgiu dado o interesse que tinha em aprofundar conhecimentos na área da Enfermagem de nefrologia, particularmente ao nível da doença renal crónica, pois, como refere Sesso (2006) trata-se de uma patologia que condiciona uma elevada morbilidade e mortalidade, com um aumento progressivo do número de doentes em estágio terminal, que por isso,

necessitam de técnicas de substituição da função renal. Dado que cada vez mais sou confrontada com estes utentes internados no serviço onde exerço funções, entendo que para prestar cuidados de enfermagem de qualidade necessito de aprofundar conhecimentos e adquirir competências nesta área.

Neste contexto, focalizei-me nos cuidados prestados na sala de hemodiálise e diálise peritoneal, bem como nas questões relacionadas com a alimentação e o contexto emocional e social no doente renal crónico.

Quanto ao módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral do Hospital de S. Teotónio E.P.E. no período de 4 de Outubro a 4 de Novembro de 2010. A minha opção por este serviço, deve-se ao facto de se tratar de uma Urgência polivalente, de um Hospital Central, com um nível de actividade intenso, com grande heterogeneidade de situações, constituindo, por isso com um elevado potencial, no sentido de me facultar experiências novas em contexto de emergência.

Quanto ao Módulo II foi-me atribuída creditação, pelo facto de trabalhar no serviço de neurocirurgia há 11 anos. Esta unidade recebe jovens, adultos e idosos com diversas patologias cerebrais e medulares, das quais destaco os Tumores Cerebrais, Hidrocefalias, Hematomas Epidurais e Subdurais, Traumatismos Crânio Encefálicos, Aneurismas, Malformações Arterio-Venosas. Os doentes portadores destas patologias requerem frequentemente uma vigilância apertada, pelo que foi criada uma Unidade de Cuidados Intermédios com lotação máxima de 4 camas.

Na Unidade de Cuidados Intermédios são colocados os doentes que necessitam de ventilação artificial, monitorização invasiva e não invasiva. Os cuidados prestados são inúmeros dos quais saliento: avaliação e monitorização neurológica através da Escala de Comas de Glasgow e foto reactividade pupilar; monitorização invasiva ou não invasiva e registos pormenorizados em suporte informático; colaboração com a equipa médica na entubação endotraqueal para ventilação mecânica ou apenas para protecção da via aérea em doentes com Escala de Comas de Glasgow inferior a 8; cuidados a doentes com ventilação mecânica invasiva ou não invasiva; vigilância e monitorização de drenagens ventriculares externas, drenagens lombares externas e outras como sub-durais, quer por drenagem passiva ou activa; colaboração na colocação de cateteres centrais, linhas arteriais e cuidados na sua manutenção; cuidados a doentes traqueostomizados em ventilação espontânea ou conectados a prótese ventilatória.

A delimitação de objectivos bem como das estratégias para os concretizar adquire extrema importância, uma vez que facilitam o desenho do percurso formativo e

permitem a sua monitorização ao longo do mesmo. Desta forma, é potenciado o sucesso da aprendizagem e garantida a selecção das estratégias mais adequadas, auxiliando assim no processo de avaliação e tomada de decisão.

Neste contexto, importa traçar objectivos não só para os estágios como também para a elaboração deste documento, com o qual pretendo:

- Referir as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas de acordo com os objectivos gerais e pessoais do ensino clínico, interesses e necessidades.
- Analisar e avaliar as actividades desenvolvidas nos dois módulos de estágio relacionando-as com os objectivos propostos no projecto.
- Auxiliar como instrumento de auto e heteroavaliação

A metodologia utilizada baseia-se na observação e reflexão em torno do funcionamento e organização dos serviços onde estagiei e no meu desempenho na realização das actividades; entrevistas informais e pesquisa bibliográfica; acompanhamento e observação crítica da actuação da equipa e no projecto de estágio elaborado no início dos estágios.

A estrutura do relatório contempla uma introdução que enquadra os estágios, justifica as opções realizadas, caracteriza sumariamente os locais de estágio, aponta os objectivos do relatório e define, justificando, a sua estrutura.

Procede-se a um grande capítulo onde se efectua uma descrição, reflexiva e crítica, das actividades realizadas nos diferentes campos de estágio. Por forma a permitir uma melhor sistematização dos conteúdos expostos, este capítulo contempla duas partes, dedicadas, respectivamente, à Unidade de Diálise e ao Serviço de Urgência.

Por último é apresentada uma conclusão onde se pretende efectuar uma análise crítica dos aspectos considerados mais importantes neste percurso. Com este propósito, teço algumas considerações em torno do processo de aprendizagem levado a efeito, apontando os principais contributos, bem como as dificuldades e limitações enfrentadas.

1. ANALISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Os estágios são, sem dúvida, uma componente fundamental do curso, pois permitem aos discentes colocar em prática um manancial de conhecimentos adquiridos de uma forma teórica, por um lado, e conhecer outra realidade profissional, por outro. Neste sentido, procurei tirar o máximo partido desta oportunidade, pois, como refere Matos (1997) o ensino clínico permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho.

Ao longo dos estágios fui realizando as actividades com as quais era confrontada no dia-a-dia, aproveitando ao máximo as oportunidades, de forma a atingir os objectivos traçados no projecto.

As competências desenvolvidas, na sequência das actividades do ensino clínico, foram ao encontro dos objectivos propostos, no plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

De forma a facilitar a descrição e compreensão das actividades realizadas e das competências adquiridas, nos dois campos de estágio, optei por dividir este capítulo em duas partes, a primeira é referente à Unidade de Diálise e a segunda ao SU, em cada uma delas optei por fazer uma análise reflexiva de acordo com os objectivos gerais traçados no projecto de estágio:

1-Desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo reflexões e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

2-Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

3-Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Este capítulo pretende descrever e reflectir sobre as actividades que foram desenvolvidas e as competências adquiridas nos dois campos de estágio de maneira a concretizar os objectivos delineados.

1.1. UNIDADE DE DIÁLISE

A unidade de diálise é no meu entender um serviço com características específicas, pois recebe utentes, na sua maioria, portadores de doença crónica, e muitos deles irão passar grande parte da sua vida a receber cuidados destes profissionais que compõem a equipa da unidade.

Atendendo à sua natureza, percurso e tratamento, a doença crónica assume-se numa dimensão especial pelo enorme impacto no indivíduo ao nível físico, psicológico, espiritual e social, na família e na comunidade (Ribeiro, 1998).

Na realidade ela constitui um foco contínuo de ansiedade e stresse que levanta problemas delicados ao processo e à comunicação entre os profissionais, os cuidadores e os doentes. Exige partilha de preocupações e orienta-se pela adesão terapêutica e a qualidade de vida possível para o doente (Martins, 2005).

Todas as doenças de longa duração tendem a prolongar-se por toda a vida, provocam invalidez em graus variáveis, devido a causas não reversíveis, estas doenças exigem formas particulares de reeducação, obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, que por seu lado exigem a aprendizagem de um novo estilo de vida, bem como necessitam de controlo periódico e tratamentos regulares (Ribeiro, 1998).

Assim, a doença crónica traz consigo perdas sucessivas de independência e controlo, gera sensações de luto, e como tal, sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação e medo. Saber viver com a doença crónica depende das características individuais, da forma como ela é aceite e do que se espera da vida (Martins, 2005). É nestas questões e envolvências que a equipa da unidade de diálise se torna de certa forma “especial”.

As actividades desenvolvidas na unidade passam a ser descritas de acordo com objectivos, por forma a demonstrar as competências adquiridas nas diferentes áreas da Enfermagem.

♦ Desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo reflexões e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

De acordo com o enquadramento legal para o ensino de enfermagem, uma formação especializada contribuirá para que o profissional de enfermagem seja “perito” em áreas específicas, no âmbito das suas competências profissionais, de forma a prestar cuidados de elevado nível, na produção e desenvolvimento de saberes, concretamente na área da formação e investigação, e nas áreas de decisão relativas à saúde (OE,2003).

A minha conduta face ao doente e à equipa teve por base a eficácia e eficiência dos cuidados, não esquecendo que as competências técnicas não justificam por si só a qualidade dos cuidados. Foi pois meu propósito, estabelecer uma relação com o doente respeitando o carácter único da pessoa, ajudando-o a enfrentar os seus problemas com todos os recursos disponíveis.

De acordo com Hesbeen (2001), quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. Pude observar por parte da equipa de enfermagem manifestações de estima, interesse e respeito para com o doente, não havendo lugar para julgamentos de valor sobre a pessoa. Considero que é também nestas questões que nós, enfermeiros, podemos actuar de forma autónoma e dar visibilidade à nossa profissão, enquanto cuidadores dos doentes.

Tive a oportunidade acompanhar o meu tutor na abordagem a uma utente que ia iniciar hemodiálise e, neste contexto, pude constatar a ansiedade e o medo, daquela senhora de 50 anos que já conhecia a sala de diálise por anteriormente ter acompanhado a mãe (também doente renal) a várias sessões de hemodiálise, o que na minha opinião foi um factor potenciador do medo.

Foi prioridade do meu tutor e minha antes de iniciar qualquer técnica, falarmos com a doente de maneira a percebermos aquilo que mais a preocupava e de alguma forma tranquiliza-la, pois, como refere Morrison (2001), se soubermos o que os doentes desejam e a forma como reagem, estaremos numa posição muito mais forte para o proporcionar.

Cada enfermeiro deve ser responsável por cultivar uma imagem positiva através da sua conduta e prática pessoal, e, só assim prestarem cuidados de qualidade de acordo com as necessidades dos doentes e suas famílias, neste contexto, Morrison (2001) diz-nos que os enfermeiros para prestarem cuidados de enfermagem de alta qualidade terão de se dirigir aos vários aspectos da vida do doente, pois o estado psicológico pode afectar o bem-estar físico.

Muitos profissionais de saúde referem que o doente em tratamento dialítico é “difícil”, mas no contacto que estabeleci com estes doentes pude constatar o contrário. Não nos podemos esquecer que o indivíduo hemodialisado vive uma situação singular, fica dependente durante toda a vida ou até à data de um hipotético transplante, de uma equipa e de um conjunto de técnicas e “máquinas”, pelo que a ansiedade e o medo são sentimentos frequentes num doente em diálise (Dias, 2000).

Faz parte das funções do enfermeiro identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem, e efectuar os respectivos registos. A relação de ajuda é também função de enfermagem, já que a relação enfermeira-cliente é um processo interpessoal que visa facilitar a adaptação do doente, quando este sofre uma grande modificação na sua forma de estar a nível biológico, psicológico ou social (Paul, 1984).

Constatamos que os doentes em hemodiálise estabelecem uma relação especial com a equipa terapêutica, como Thomas (2005) refere, a equipa das unidades de diálise têm em comum um sentimento de pertença a uma espécie de família alargada.

Outra característica desta relação de ajuda, é a consideração positiva, que se traduz numa manifestação de estima, interesse e respeito para com o doente, não havendo lugar para julgamentos de valor sobre a pessoa, isto é, a relação de ajuda é uma relação de não julgamento (Chalifour, 2008).

Quando chega um novo elemento, é normal levar algum tempo a fazer parte dessa “família”. Considero que depois de determinado tempo comecei a sentir que poderia fazer parte dessa “família”. Para ganhar a confiança dos utentes, aproveitei todos os momentos para estabelecer com eles uma relação de maneira a conhecer as suas motivações e receios. A atitude que tomei foi respeitar sempre o direito destes recusarem os meus cuidados. Esta postura aparece fundamentada na carta dos direitos e deveres dos doentes onde podemos ler que o doente tem direito a dar ou não o seu consentimento, para qualquer acto médico.

Outro aspecto relevante expresso neste documento é o direito do doente à informação relativamente ao seu processo saúde/doença, para que seja um elemento activo na tomada de decisões relativas ao seu tratamento, o doente em diálise tem uma maior necessidade de estar devidamente informado e esclarecido de maneira a fazer as várias mudanças impostas, é pois necessário, que o hemodializado proceda a um trabalho de reorganização da sua vida interior e adopção de novos comportamentos tais como a mudança de hábitos alimentares, os cuidados com o acesso vascular entre outros.

Ao longo do meu percurso académico e profissional tenho procurado, não só o saber, mas o saber ser e saber estar, nas diversas situações. Com esta conduta pretendo ir ao encontro das Normas do Código Deontológico do exercício da Profissão de Enfermagem, nomeadamente no seu artigo 82º, que obriga o enfermeiro a respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa; participa nos esforços para valorizar a vida e a qualidade de vida. Neste contexto, uma das minhas prioridades foi o respeito pela pessoa, como um ser único irrepetível e imprevisível, e em todas as minhas acções contribuir para a qualidade de vida do doente e família.

Cuidar de e para doentes deve ser valorizado e tornado uma parte visível daquilo que as enfermeiras têm para oferecer. E isso depende de nós. O cuidar deve ser considerado um fim em si próprio e não um meio para atingir a cura, pois aí o cuidar deixa de ter significado, quando a cura não é possível (Mckenna, 1994).

A unidade de diálise é um bom exemplo para fundamentar este pensamento, foi sempre meu propósito humanizar as relações entre o serviço e os seus utentes, e tornar todo este processo o menos penoso possível, penso que tive sempre uma palavra amiga, disponibilidade para esclarecer dúvidas e muitas vezes só para escutar.

Foi muito gratificante observar a forma humana como toda a equipa trata o doente e a família deste, o que me levou a vários momentos de reflexão e a concluir que a relação com estes doentes tem muitas particularidades, pois é uma relação perlongada no tempo e é imprescindível que seja uma relação efectiva forte e verdadeira, para que o doente aceite melhor o seu tratamento. Esta vertente humana, essencialmente da equipa de enfermagem, que sempre esteve patente, foi sem dúvida um marco alto neste estágio.

O doente em diálise é uma pessoa com problemas acrescidos, porque passa a ter uma doença crónica com a qual vai conviver o resto da vida, e muitas vezes a doença é percebida como causadora de desamparo e solidão (Barros, 2006).

Face a esta circunstância, os enfermeiros, podem fazer inúmeras actividades que ajudem a alterar o impacto do ambiente “hospitalar” nos doentes, e assim torna-los mais participativos e independentes (Morrison, 2001).

Nesta perspectiva tentei sempre minimizar a angústia e ansiedade do doente, quando chega á sala de hemodiálise pela primeira vez, e se depara, com um conjunto de tecnologia desconhecida. Para tal procurei mostrar uma atitude de disponibilidade para responder a qualquer questão, procurar saber aquilo que mais o preocupava. Pois só conhecendo o doente e toda a sua envolvência poderemos estabelecer uma relação e então desenvolver uma relação de ajuda efectiva.

Pelo que observei neste campo de estágio foi sempre prioridade dos enfermeiros esclarecerem e envolverem o doente no seu processo saúde/doença, de maneira a terem a colaboração deste e assim obterem melhores resultados. Foi também meu intuito manter uma postura semelhante à equipa de enfermagem, mas ciente das minhas limitações que tentei superar com várias pesquisas e observação do meu tutor.

Além das competências técnicas, desenvolvi também as competências relacionais. Tive como prioridade o respeito e interesse pelo doente. Outro aspecto que destaco e que contribuiu para realizar o objectivo referido, foi o facto procurar sempre identificar situações problema para o doente e ajudá-lo a resolvê-las.

♦ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Face à especificidade técnica da área da diálise, em relação à qual não possuía, à partida, qualquer experiência, entendi que devia conhecer os protocolos da unidade, e familiarizar-me com as normas e procedimentos de actuação, bem como fazer várias pesquisas bibliográficas, isso foi o melhor ponto de partida para a pesquisa de mais informação, como diz Ferreira (2002), a aprendizagem deve ser feita duma forma espontânea de acordo com os interesses, necessidades ou crenças, tornando-se mais proveitosa e gratificante do que a aprendizagem imposta. Talvez por isto, tenha aprendido de forma mais fácil os diversos procedimentos.

Tive oportunidade de observar um doente em diálise peritoneal, com o diagnóstico de peritonite, uma das grandes complicações deste tipo de técnica de substituição renal. A diálise peritoneal baseia-se na infusão e drenagem de uma solução estéril na cavidade peritoneal, através de um cateter intra-abdominal (Barros, 2006).

Verifiquei que o tratamento estabelecido ao doente consistia na administração de antibiótico a nível do peritонеu, juntamente com a última troca diária, posteriormente instila-se um trombólito para destruir possíveis coágulos depositados no lúmen do cateter.

Esta situação levou-me a consultar alguma bibliografia sobre diálise peritoneal nomeadamente sobre as suas principais complicações. Assim para Montenegro (1999), a principal e a mais grave complicação da diálise peritoneal é a peritonite que causa

inúmeros problemas. Os seus principais sinais e sintomas são a febre, dor abdominal, vômitos e o líquido peritoneal turvo.

Neste doente a sintomatologia que determinou a sua deslocação ao serviço de urgência foi a dor abdominal e a coloração turva do líquido peritoneal. O diagnóstico de peritonite foi confirmado pelas culturas realizadas ao dialisado. Neste contexto Barros (2006) refere, que nos doentes com dor e/ou líquido turvo, e por vezes febre devem ser efectuadas colheitas do dialisado para contagem de leucócitos e cultura, e iniciarem tratamento empírico de imediato.

O tratamento instituído ao doente foi a administração de vancomicina intra-peritoneal. Esta abordagem tem sido alvo de diversas discussões, a Sociedade Internacional de Diálise peritoneal (SIDP), recomenda a Cefazolina ou Cefalotina para Gram+ e Ceftazidima para Gram-, até se conhecer o Antibiógrama (Montenegro, 1999).

O mesmo autor refere que as recomendações da SIDP não deveriam ser tão restritivas, e afirma que a Vancomicina é mais eficaz e a sua segurança está confirmada, não é mais cara e sua posologia é adequada ao doente.

Outro aspecto que contribuiu para a consecução deste objectivo foi o acompanhamento de uma doente que estava a iniciar a diálise peritoneal. O primeiro dia iniciou-se pela exteriorização de parte do cateter peritoneal, que tinha sido colocado há 2 meses a nível do peritoneu. Depois da exteriorização do cateter iniciaram-se os vários ensinamentos, com vista a preparar a doente para realizar esta técnica dialítica no domicílio. Os ensinamentos incidiram sobre vários aspectos: a preparação do material, a execução da troca, execução do penso do orifício de inserção do cateter. Por seu lado o doente tem também que aprender os sinais e sintomas de possíveis complicações da diálise peritoneal. Os ensinamentos são de extrema importância para o doente, sendo necessário avaliar se são ou não compreendidos por ele. Sendo o método o auto-tratamento implica a aprendizagem da assepsia, e da técnica em si por parte do doente, de maneira a realiza-lo correctamente com risco mínimo de contaminação (Leal, 1997).

Durante o manuseamento da extremidade do cateter peritoneal pode acontecer a complicação infecciosa mais frequente, a peritonite. Como refere Santos (1997), o cateter de diálise peritoneal constitui uma via de acesso permanente à cavidade abdominal, aparecendo como uma porta de entrada para microrganismos, predispondo à ocorrência de peritonite que é a mais temida complicação infecciosa e a principal causa de falência do método.

O mesmo autor aborda a importância de vigiar o orifício de saída do cateter como devendo fazer parte do exame físico da consulta de enfermagem e da rotina diária do doente. A pele contígua ao cateter não é estéril e a observação diária pode prevenir futuras complicações.

Em nenhum método terapêutico da doença renal terminal o enfermeiro tem um papel tão determinante, não só pelo treino mas também pela participação activa nas consultas médicas e de enfermagem (Leal,1997)

Por ter observado que a grande maioria dos doentes em hemodiálise apresenta CVC na veia jugular, questionei o porquê da preferência pela veia jugular, a justificação dada pelo médico é que as complicações imediatas como por exemplo o pneumotórax são menos frequentes, que a cateterização da veia subclávia. Esta explicação é reforçada por Henrique (1997) que refere, a existência de complicações ligadas especialmente á cateterização das veias subclávias, como o pneumotorax, hemotorax e linforragia.

Partilhando desta opinião e dando maior sustentação à mesma, Ponce (1997) refere que a utilização da veia subclávia é a última alternativa, quando não é possível canalizar uma jugular ou femoral, pela necessidade: de ambulância, grande probabilidade de conspurcação e muitas vezes a canalização da subclávia provoca compressão da traqueia o que obriga a entubação para manter a permeabilidade das vias respiratórias.

Os CVC foram concebidos como um acesso provisório para hemodiálise como refere Ponce (1997), no caso do doente em causa, a necessitar de tratamento de hemodiálise urgente era o único acesso possível.

Para Thomas (2005),em hemodiálise existem vários acessos vasculares:

- Acesso percutâneo, incluindo cateteres inseridos nas veias subclávias. Jugulares ou femurais, que podem ser temporários ou permanentes;

- Fistula arterio-venosas e a prótese vascular ou enxertos arteriovenosos.

Pude observar a substituição de um CVC de curta duração por um de longa duração com tunelização, esta técnica é usada para reduzir as infecções associadas ao CVC.

Neste contexto Barros (2006) refere que, geralmente a contaminação se faz pela migração de microrganismos da pele do próprio doente, deslocando-se pelo orifício de inserção até ao lúmen do CVC, colonizando a ponta e causando a infecção.

As taxas de infecção sugerem que cateteres sem “cuff” não deveriam permanecer mais de 3 semanas em jugular e subclávia e 5 dias na femoral (NKFDOQI, 2001).

Estudos realizados por O Grady (2002) não foram evidenciados benefícios em trocas programadas de cateteres sem sinais de infecção.

Verifiquei que os CVC de curta duração, na unidade eram substituídos de acordo com normas NKFDOQI.

O acesso vascular para o doente renal em hemodiálise é o seu elo vital, por isso tem que ser preservado para se manter funcionante (Ponce, 1997).

A sua manutenção continua a ser um dos aspectos mais desafiadores, da prestação de cuidados aos doentes em hemodiálise (Thomas, 2005).

Os enfermeiros têm um papel fulcral na prevenção de possíveis complicações dos diferentes acessos vasculares, pois são os enfermeiros que diariamente os manipulam, vigiam e preservam os diferentes acessos.

Algumas das técnicas utilizadas na manipulação dos CVC realizadas pelos enfermeiros da unidade de diálise, levaram-me a reflectir sobre a prática no serviço onde exerço funções e a propor uma formação em serviço para a equipa de enfermagem.

Tive ainda oportunidade de assistir a uma técnica de uni-punção, numa doente que iniciava hemodiálise e por se apresentar no estágio terminal da sua doença renal.

Esta doente já apresentava FAV construída, que vai ao encontro da opinião de Thomas (2005) que sugere, como ideal a construção da fístula pelo menos 3 a 4 meses antes de surgir a necessidade de hemodiálise. Isto vai assegurar que a cirurgia se realize quando o doente ainda não apresenta sintomatologia urémica, e permite que a fístula cicatrize e “amadureça”, evitando assim a inserção de um cateter venoso central (CVC) com os riscos de infecção inerentes.

Não foi possível a bi-punção da FAV, de modo que se conectou um dispositivo “Y” ao único acesso vascular obtido, e a cada braço do “Y” a extremidade venosa e arterial do circuito extra corporal. Esta técnica é realizada com recurso a um sistema que possibilita a alternância dos fluxos de entrada e a saída do sangue, só o tempo em que o circuito extra-corporal (CEC) é “alimentado”, com sangue para ser dialisado, é que é útil para a diálise. O tempo em que o sangue dialisado é devolvido ao doente, é tempo “morto” para a diálise pelo que esta técnica não é tão eficiente e eficaz (Barata, 1997).

Tive a oportunidade de puncionar uma fístula arterio-venosa (FAV), como refere Tolkoff-Rubin (2005), a fístula artério-venosa é o acesso “padrão ouro” da hemodiálise, envolvendo a anastomose da artéria radial com a veia cefálica e posterior arterialização, ou seja crescimento, das veias superficiais do antebraço.

A formação a que assisti na unidade, as aulas teóricas e a consulta de bibliografia relembraram-me alguns pormenores, tais como: identificação da direcção do fluxo de sangue, a introdução da agulha num ângulo de 20 a 35° com o bisel para cima. Outro

aspecto não menos importante é a forma de fixar as agulhas com a técnica da “borboleta”, que é prática da unidade e apontado como o melhor método por Esteves (1997). Realizei todo o processo relacionado com o início e o término do tratamento, tendo efectuado a hemóstase no final com especial atenção á remoção das agulhas pois uma prática incorrecta pode danificar a parede da veia (Esteves,1997).

Consegui também dar um pequeno contributo na área de gestão, com os dados dos pedidos de medicação do ano anterior, fiz uma tabela em que constavam todos os medicamentos por ordem crescente de consumo e a média pedida por semana em suporte informático (Anexo I).Com esta iniciativa fiquei desperta para a terapêutica mais utilizada na unidade, e espero que seja breve a informatização dos pedidos farmacêuticos tornando mais rápido e fácil a reposição do stock.

Fomos informados pelo Enfermeiro coordenador que a unidade de diálise está prestes a iniciar os registos com linguagem CIPE em suporte informático. Como eu e a colega em estágio já temos alguma experiência a este nível, mostramo-nos desde logo disponíveis para colaborar com a equipe e mais de perto com a Enfermeira Paula (enfermeira graduada da Unidade) que é a responsável por esta área. Tentamos colocar em suporte de papel (tendo sempre por base a CIPE), os principais diagnósticos de enfermagem da unidade e as respectivas intervenções de enfermagem. Adaptamos também alguns protocolos, que seguem em anexo a título de exemplo (Anexo II) e (Anexo VI). Esta actividade foi trabalhosa mas estimulante pela especificidade do serviço, o que nos obrigou a um esforço acrescido.

Os conhecimentos científicos adquiridos pelo estudo, aliados à prestação directa dos cuidados permitiram-me, ao longo do ensino clínico, atingir o objectivo e obter competências nesta área, promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

♦ Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A comunicação é uma ferramenta básica para o enfermeiro, que passa o dia em relação com o outro, em que este outro pode ser o doente, a sua família ou os elementos que constituem a equipa multidisciplinar. Os profissionais de enfermagem, para comunicarem eficazmente com os doentes, seus familiares, e/ou pessoas significativas, necessitam para além do conhecimento das técnicas de comunicação, de desenvolver

competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada (Riley 2004).

Partimos da premissa de que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem, que vislumbra uma melhor assistência ao doente e à sua família que estão a viver sentimentos de ansiedade e stresse decorrentes do processo de doença. Portanto, a comunicação é algo essencial para se estabelecer uma relação (Oriá 2004).

Foi pois meu propósito adequar a minha linguagem mediante a pessoa que estava perante mim., de maneira a favorecer o estabelecimento de uma relação com o doente.

Assim comunicação afirma-se muito importante para a eficiência dos cuidados de enfermagem ao doente, pela confiança que proporciona, estabelecendo uma relação empática que é facilitadora da recuperação do mesmo. Por outro lado a falta de comunicação contribui para o isolamento progressivo do doente, impedindo-o de participar activamente na sua recuperação (Almeida, 2004).

Uma outra forma de comunicar é através da realização de registos de enfermagem. Procurei fazê-los de forma clara, sucinta e concisa e de acordo com a metodologia utilizada no serviço, mantendo contudo o meu cunho pessoal.

Foi também um objectivo meu realizar uma formação para a equipa de enfermagem da unidade de diálise, o tema foi escolhido com base na necessidade da equipa aprofundar conhecimentos sobre o mecanismo fosfo-cálcico no IRC (Anexo III).

O mecanismo fosfo-cálcico não foi um tema fácil de tratar pois a compreensão de todo esse processo levou algum tempo, mas por vezes as dificuldades ainda nos motivam mais, pela avaliação que fizemos o tema foi pertinente e conseguimos transmitir de maneira clara os vários conteúdos (Anexo IV).

Ao longo do estágio demonstrei conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, e em relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de Urgência do Hospital de S. Teotónio EPE, está classificado, na nova rede de referência hospitalar de urgência/emergência, como polivalente.

Actualmente o serviço divide-se em 8 áreas funcionais: Sala de reanimação, Gabinete de Triagem, Sala de Pequena Cirurgia, Sala Aberta, Sala dos verdes, Sala de Gessos, Unidade de decisão clínica e Sala de Observação (S.O.).

Além destas, existem vários gabinetes médicos, salas para arrumação dos diversos materiais, salas de espera para cada nível de prioridade estabelecido pelo sistema de triagem de Manchester, corredores comuns e dois elevadores de acesso interno ao Bloco Operatório.

A funcionar no SU desde Fevereiro de 2003, está implementado o sistema de triagem de prioridades (Modelo de Manchester), este sistema de triagem traduz-se por uma observação e avaliação do utente, com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento, de modo a reduzir o tempo de espera no serviço e assegurar que os utilizadores recebam o tratamento adequado ao seu estado de saúde. Pretende-se que seja eficaz e facilite a afectação dos recursos adequados, levando a uma maior satisfação das necessidades dos utentes, dado que, este sistema irá colocar o utente no local certo, no momento certo, para receber o nível de cuidados adequados (Sheehy, 2001).

Este método de triagem requer que os profissionais façam uso de algumas estratégias, especificamente o raciocínio, o reconhecimento de padrões, a interpretação de sinais e sintomas expressos pelos doentes; para a tomada de decisão.

A metodologia da Triagem de Manchester não pretende estabelecer um diagnóstico, mas sim determinar uma prioridade clínica como refere Teixeira (2006), permitindo identificar atempadamente, de forma objectiva e contínua o doente que precisa de cuidados urgentes.

Na sua operacionalização este método requer que o enfermeiro seleccione uma das 52 sintomatologias pré-definidas e, procurem seguidamente um número delimitado de sinais e sintomas que descrimine a prioridade clínica a atribuir ao doente. Cada conjunto de sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas, funcionam como discriminadores, que se apresentam sob a forma de fluxogramas podendo estes serem gerais e específicos. Os discriminadores gerais estão relacionados com o risco de vida, a dor, as hemorragias, o grau do estado de consciência, a temperatura e o agravamento do estado geral do doente. São discriminadores que se aplicam a todos os

doentes, independentemente do seu estado clínico. Relativamente aos discriminadores específicos, estes aplicam-se aos casos individuais tendo em conta as manifestações específicas manifestadas pelos doentes.

O principal objectivo deste sistema de triagem é o de assegurar, de uma forma objectiva e científica, que o doente mais grave, seja assim identificado à chegada e atendido num tempo que não ponha em risco a sua situação clínica.

Vermelho	–	Emergente	–	0 minutos
Laranja	–	Muito Urgente	–	10 minutos
Amarelo	–	Urgente	–	60 minutos
Verde	–	Pouco urgente	–	120 minutos
Azul	–	Não urgente	–	240 minutos

De referir que os tempos alvos são relativos à primeira observação (Grupo Português de Triagem, 2001).

Tive também a oportunidade de acompanhar os meus tutores algumas vezes na triagem e pude constatar que é necessária uma grande capacidade de concentração, pois é importante fazer uma triagem correcta num curto espaço de tempo.

Desde Fevereiro de 2003 que os registos do SU são feitos numa plataforma informática desenvolvida pela ALERT – Life Sciences Computing integrado com o aplicativo EDIS – Emergency Department Information System, comumente denominado por ALERT-EDIS.

De acordo com a empresa Alert life sciences computing S.A., ALERT® é uma ferramenta operacional para todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde e para todos os profissionais da área da saúde com a capacidade amplamente demonstrada de produzir ambientes totalmente isentos de papel. O ambiente de trabalho do ALERT®, desenvolvido para monitores sensíveis ao tacto (touch-screen). O ALERT® interliga as actividades de todos os profissionais de saúde através de conceitos de fluxo de trabalho. Isto permite, a apresentação de informação constantemente actualizada em formato de grelha-sumário para cada perfil de utilizador e utilizador individual; destacar para cada utilizador actividades específicas e áreas de trabalho; alertar cada utilizador para tarefas pendentes. O ALERT® auxilia na organização do trabalho sumário, para cada doente, disposto lado a lado com todo o material de documentação, de todas as tarefas pendentes relativas a medicação, análises clínicas, exames de imagem e procedimentos; O ALERT® também disponibiliza textos padronizados para serem inseridos em praticamente todos os campos da documentação dos cuidados de saúde,

tais como notas de alta A informatização do seu sistema de informação com o ALERT-EDIS[®], constitui uma mais-valia como solução para a informatização e consequente organização do serviço de urgência, e que tem como finalidades: assegurar o registo, a interligação, a reutilização e análise de toda a informação relacionada com os episódios de urgência. Uma limitação deste programa são os registos das actividades autónomas de enfermagem, que deveriam ir de encontro ao que se preconiza, uma linguagem comum, possível com a CIPE.

♦ *Objectivo Geral: Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções, ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.*

No SU são admitidos doentes com situações emergentes e, por vezes, para salvar a vida, os enfermeiros executam procedimentos sem o prévio consentimento informado e esclarecido do utente, neste contexto, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, diz “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (Artigo 8º).

Neste contexto, muitas vezes não há tempo ou condições para perguntar ao paciente se ele aceita determinada terapêutica, tornando-se imperiosas decisões e acções imediatas, por parte dos profissionais, a fim de garantir a preservação da vida humana. Nestas situações, espera-se que a ética e as legislações do exercício profissional possam contribuir para a tomada de decisão, como o caso do código deontológico do enfermeiro (Calil, 2007).

Nesta perspectiva foi sempre uma prioridade zelar pelos direitos dos utentes, nomeadamente o direito à privacidade, que por vezes se torna difícil dado a acumulação de doentes que se verifica no serviço de urgência em determinados períodos. No ano de 2009 houve 98.577 episódios atendidos no serviço de urgência geral. Os períodos de maior afluência são geralmente a partir das 18h até às 2h, havendo inevitavelmente uma grande acumulação de utentes nos corredores por falta de espaço físico que comporte um tão grande número de doentes (Rodrigues, 2010).

Um exemplo de falta de privacidade são os postos de triagem localizados à entrada do SU, num espaço pequeno para comportarem duas “células” de triagem. A proximidade

dos mesmos não permite que haja lugar para a confidencialidade e privacidade dos utentes. A separá-los existe apenas uma cortina, não havendo privacidade, ou confidencialidade, outro aspecto é a impossibilidade dos enfermeiros que estão a fazer a triagem visualizarem os utentes que aguardam para serem triados. Neste contexto Teixeira (2006) refere que, o local onde se efectua a triagem deve obedecer a determinados requisitos, tais como: facilmente acessível à entrada do SU, possibilitar a visão de todas as pessoas que aguardam pela triagem, ser um local que ofereça a privacidade desejada para os cuidados realizados no sector de triagem.

É importante pensarmos que os utentes têm grandes expectativas em relação àqueles que, em nome das instituições e dos seus serviços, os atendem. É aqui que o enfermeiro especialista tem um papel crucial, em humanizar as relações entre o serviço e os seus utentes, e tornar todo este processo o menos penoso possível tanto para o doente como para a família.

Neste contexto Augusto (2002) refere que, quando a pessoa se encontra numa situação de doença ou incapacidade, os seus direitos tomam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social e espiritual a que está sujeita, assumindo o respeito pela dignidade humana, vital importância na relação com o utente. Assim sendo, devem ser garantidos os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, sejam eles de natureza preventiva, curativa, de reabilitação ou terminais.

Assim para a prestação de cuidados de excelência será necessário manter uma permanente actualização dos conhecimentos e, na área de urgência e emergência é essencial, uma vez que todos os dias surgem novas investigações e conclusões acerca do melhor modo de actuação.

Os pontos fortes para a consecução deste objectivo, foi o respeito que demonstrei pelos direitos dos doentes nomeadamente o respeito á privacidade que muitas vezes em situações de urgência é relegado para segundo plano.

♦ Objectivo Geral: Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao ser inserida numa nova equipa, é necessário desenvolver um processo de integração e interacção com a equipa do serviço, pois assim torna-se mais fácil a aprendizagem e a prestação de cuidados aos utentes.

Assim sendo o processo de integração é fundamental a qualquer elemento recém-chegado, independentemente do cargo, mas para que o processo de integração seja bem-sucedido é importante que todos os elementos da equipa compreendam as suas necessidades (Loureiro, 2002).

O mesmo autor refere ainda, que a satisfação na integração leva a um bom desempenho no futuro do Enfermeiro e à criação de um elo entre o novo profissional e a instituição, e a todos os elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos, etc.). Se o processo de integração for realizado com êxito, a participação em iniciativas do serviço, a partilha de conhecimentos e a qualidade dos cuidados serão, certamente, ascendentes.

O conhecimento da estrutura física e organizacional do serviço, bem como das metodologias de trabalho e dos protocolos de actuação, normas e regulamentos, são elementos essenciais para uma boa integração, embora considere que a minha integração tenha decorrido de forma gradual e contínua, no início senti algumas dificuldades tanto a nível da estrutura organizacional como das metodologias de trabalho. O serviço tem a particularidade de ser constituído por diversas áreas e, em cada uma delas encontram-se distribuídos enfermeiros para a prestação de cuidados, fazendo com que eu me fosse integrando de uma forma gradual ao serviço de urgência e aos elementos da equipa. Para tal foi necessário observar a estrutura física do serviço, compreender a equipa multidisciplinar e o método de trabalho utilizado.

O método de trabalho adoptado no serviço é o método individual, em que os enfermeiros são distribuídos por áreas e são responsáveis por prestar cuidados aos utentes que aí se encontram. Cada enfermeiro tem uma “password” para aceder ao sistema Alert, onde são apresentadas as tarefas ou cuidados a prestar a cada doente. O enfermeiro abre o perfil do doente, presta os cuidados prescritos, a partir do momento que clica sobre a actividade prescrita, esta fica assumida como concluída por aquele enfermeiro, que assume a responsabilidade pelas mesmas. Como já foi referido uma das limitações do alert são as intervenções autónomas de enfermagem que parecem ser relegadas para segundo plano, embora os enfermeiros as pratiquem, algumas vezes, pelo volume de trabalho e porque os registos são feitos em texto livre acabam por não registarem essas mesmas intervenções.

Prestei cuidados directos ao doente crítico/emergente, despistei complicações ao mesmo, demonstrando sempre um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização da Enfermagem Médico – Cirúrgica. Prestei cuidados a doentes com

diversas patologias, politraumatizados, insuficiências respiratórias, edema agudo do pulmão, acidentes vasculares cerebrais, enfarte agudo do miocárdio. Estas experiências de prestação de cuidados directos permitiram-me aperfeiçoar o meu desempenho técnico-científico e relacional utilizando os conhecimentos científicos, adquirindo competências de destreza técnica, de planificação e tomada de decisão. Para a prestação de cuidados na sala de emergência, foi necessário aprofundar conhecimentos, uma vez que algumas situações eram novas para mim, com a agravante de estar numa sala em que o espaço me era estranho. Salas de emergência hospitalar podem ser consideradas como uma das áreas do hospital de maior complexidade na assistência, com maior fluxo de actividades de profissionais e necessidades dos utentes. Nestes locais são exigidos, uma assistência imediata, eficiente e de amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e emprego de recursos tecnológicos (Almeida, 2007).

Com o decorrer do estágio fui fazendo uma aprendizagem gradual adquirindo um sentimento de segurança, e assim tive oportunidade de desenvolver competências de destreza, de planificação e tomada de decisão. Demonstrei assim capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas.

No ano de 2008 iniciou-se a implementação das Vias Verde AVC e Coronária no Hospital de Viseu, permitindo aos doentes com suspeita de isquemia cerebral ou coronária serem encaminhados correcta e atempadamente, no diagnóstico e tratamento da mesma. A estratégia visa a melhoria da acessibilidade dos doentes na fase aguda das doenças cardiovasculares aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento com dois objectivos principais: Redução da morbi-mortalidade por EAM e AVC e melhoria da recuperação funcional.

O AVC agudo e o EAM são uma emergência médica, o AVC é a terceira causa de morte nos países industrializados e a primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa. É pois de extrema importância uma actuação precoce e eficaz no tratamento do AVC, de maneira a contrariar estes números (Teixeira, 2006).

Tive oportunidade de receber uma utente encaminhada pelo INEM, que á entrada apresentava sinais de provável AVC, a doente entrou de imediato na via verde do AVC, dado que o quadro de sintomatologia teve início aproximadamente 2h antes, era vital que a doente efectua-se todos os exames complementares rapidamente para realizar trombólise dentro do tempo ideal (primeiras 3h após inicio da sintomatologia).

Trombólise diz respeito á administração endovenosa de um fármaco trombolítico de maneira a provocar lise do trombo. Como o AVC isquémico decorre da obstrução de

um vaso arterial cerebral, seja por um êmbolo proveniente de um sítio proximal, seja por um trombo formado no local, a ideia fundamental desta terapia é a desobstrução desta artéria antes que haja um grau de lesão tecidual irreversível (Teixeira,2006).

A utente em causa realizou trombólise no tempo previsto, recuperou quase na totalidade os défices motores o que me proporcionou um elevado nível de satisfação pessoal e profissional.

Fiz o acompanhamento de vários doentes instáveis à realização de TAC, colaborei na transferência de um doente à Unidade de cuidados Intensivos polivalente (UCIP) e outro doente à Unidade de monitorização do doente Cirúrgico (UMDC), o que me permitiu adquirir competências técnicas no transporte destes doentes, no manuseamento de drogas de emergência, muitas vezes com necessidade de ventilação mecânica e monitorização contínua, em situações de carácter emergente.

Durante a realização do estágio participei na gestão dos enfermeiros no que respeita à divisão para o almoço e jantar, e redistribuição dos enfermeiros conforme necessidade nas diferentes salas durante esse tempo, colaborando também com a enfermeira de coordenação. Para além disso, diariamente no turno da manhã participei na reposição dos *stocks* das salas e por vezes no turno da tarde, quando necessário, bem como na distribuição e armazenamento dos stocks e da medicação.

No SU torna-se difícil gerir a distribuição dos recursos humanos devido à sua escassez e também pela imprevisibilidade do volume de trabalho em cada uma das áreas. Esta distribuição é feita por alocação a áreas do serviço (especialidades médicas), o que por vezes cria conflitos dentro da equipa. Estes conflitos advêm de uma sobrecarga de trabalho, onde por vezes é difícil dar resposta a todas as solicitações, de determinadas áreas relativamente a outras.

Face ao exposto era frequente haver, durante o turno, uma redistribuição dos recursos humanos, tendo por base a afluência de doentes à urgência. Esta redistribuição era feita pelo enfermeiro responsável de turno, que tem a seu cargo a função de gerir e zelar pelo normal funcionamento do serviço, nesse turno.

A gestão dos recursos materiais, era complexa, pela existência de stocks em vários locais da urgência. Todos os enfermeiros reconheciam as dificuldades, principalmente nos pedidos de farmácia, em que o lema era “nunca faltar..., antes sobrar”. Estas dificuldades prendiam-se com facto da imprevisibilidade dos gastos, da necessidade de determinados fármacos em situações urgentes; em que a ruptura de stocks causa transtornos na dinâmica de funcionamento de um serviço deste tipo.

♦ **Objectivo Geral:** *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.*

A partilha de conhecimentos torna-se importante e necessária a qualquer profissão. Assim Collière (1989) afirma que, é necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituíam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional.

Assim sendo, a enfermagem não é excepção, para além de que os conhecimentos devem ser partilhados, não só com enfermeiros mas também com a restante equipa (médicos e assistentes operacionais), bem como com os restantes alunos (licenciatura de enfermagem e pós-graduação) e ao próprio utente/família. Mas, a continuidade de cuidados passa também pela transmissão de informação acerca do utente.

Uma outra actividade que desenvolvi foi a preparação do doente para ser internado. Neste contexto, e enquanto prestadora de cuidados num serviço de internamento, constatei uma escassez de informação, veiculada no contacto telefónico, efectuado pelos enfermeiros do SU, que precede o envio do doente. Não eram prestadas as informações respectivas acerca da patologia do doente, do seu estado geral ou quais os cuidados a que deveria dar continuidade. Visto ser impossível, por falta de recursos humanos, o acompanhamento do doente à enfermaria, penso que será pertinente a transmissão de informações pelo telefone o mais precisas possível. No decorrer do meu estágio procurei combater esta lacuna, através da transmissão de informações pertinentes quando comunicava um internamento e através da sensibilização dos enfermeiros deste serviço para uma mudança de atitude, partilhando a experiência de receber um doente no internamento sem deter qualquer informação acerca deste.

Sobre este conteúdo, Phaneuf (2005) explica-nos que a comunicação é um sistema de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de pôr em comum sentimentos e emoções entre os indivíduos. A comunicação transmite-se consciente ou inconscientemente, pelo comportamento verbal e não-verbal e, de modo menos global, pela maneira de agir dos implicados no processo. Através do seu intermédio, mutuamente apreendemos e compreendemos os intuitos, as concepções, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, de acordo com cada caso, a criarmos laços significantes com a mesma. Acrescenta ainda que, o objectivo último da comunicação é

desenvolver habilidades para levar a cabo respostas empáticas, que expressem compreensão.

Outro aspecto que constatei diz respeito à escassez de comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares. O tempo de espera destes para obterem informações sobre o seu ente querido deixa-os angustiados, com medo, perda de controlo da situação e impotência. Poucos profissionais de saúde se mostraram preocupados com este problema, segundo a minha percepção. Muitas vezes saí da sala e tentei encaminhar o familiar para o médico ou Enfermeiro responsável. Quando o doente já se encontrava estabilizado, proporcionava uma visita rápida junto do seu familiar, tranquilizando-os. Procurei nunca esquecer que a família é também um elemento doente em todo este processo. Demonstrei deste modo conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Outra forma de comunicação é a formação em serviço, como modalidade privilegiada de formação contínua, foi normalizada através do decreto-lei nº 437/92 de 8 de Novembro expressando que *“A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua.”* Nesta ordem de ideias Collière (1989) afirma que, a formação inicial e a formação permanente desempenham um papel fundamental na evolução dos cuidados de enfermagem, gerindo condutas, comportamentos e atitudes.

A formação em serviço é uma estratégia de actualização e de mudança, de forma a fazer face à evolução técnica e científica verificada nas últimas décadas, permitindo uma reflexão entre o observado e o vivido, o que conduz à construção activa de conhecimento na acção (Cosme, 2002).

No entanto, o planeamento das acções de formação deve-se ter sempre em conta as necessidades dos locais de trabalho e dos profissionais e o nível de competências existentes. Após algum tempo de permanência no SU apercebi-me que havia alguma discordância em relação aos fluidos de primeira linha na sala de emergência, resolvi então fazer a minha formação sobre Fluidoterapia cristalóides versus colóides, dirigida á equipa de enfermagem (Anexo VII). Eu própria também tinha várias dúvidas sobre esta

temática, pelo que foi gratificante realiza-la. A formação decorreu de forma positiva, gerando debate durante e após a apresentação da mesma.

Outro trabalho desenvolvido em parceria com os meus colegas de curso a estagiar também no SU, foi a realização de um *poster* “Via aérea difícil” (Anexo VIII), que apresentamos no I congresso de emergência em Viseu. Este tema não foi fácil de trabalhar, pois o tema era novo para a maior parte de nós, mas depois de realizado e de dominarmos melhor o assunto, apercebemo-nos que é um tema de extrema importância em contexto de urgência.

Outras situações observadas durante o estágio levaram a que reflectisse acerca delas, para prestar melhores cuidados e fazer com que os enfermeiros do SU também o fizessem através da partilha de conhecimentos.

Segundo o Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais (2005, p.175), a triagem selectiva na origem e acondicionamento dos resíduos hospitalares leva a uma diminuição dos custos de tratamento bem como a uma valorização das componentes recicláveis “contribuindo para uma protecção do ambiente hospitalar, ambiente em geral e da saúde pública.” Assim sendo, a separação do lixo torna-se importante, mas para tal, será necessária a existência dos respectivos depósitos. Constatei que, por exemplo na sala de triagem não existe saco para depositar os resíduos do grupo III (Resíduos hospitalares de risco biológico), sendo colocados, por exemplo, as tiras reagentes da avaliação da glicemia e respectiva compressa no depósito do grupo II (Resíduos hospitalares não perigosos). Para além disso, verifiquei que as Biobox não possuem data de início da utilização, uma vez que, de acordo com o Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais (2005, p181), a sua permanência no serviço não deverá ser superior a 48hora nem exceder o limite de 80% de enchimento.

Existem aspectos, como seja o caso da higienização das mãos, que embora já muito falados, não deixa de ser um tema pertinente para uma abordagem aos enfermeiros e assistentes operacionais, uma vez que ainda existe lacunas de informação e nem sempre as condições físicas são as melhores para que a solução de base alcoólica (SABA) - fricção das mãos - ou a higienização das seja utilizada correctamente.

Nas salas dos “verdes” e “pequena cirurgia” não existe lavatórios das mãos, ficando este localizado entre as duas, uma vez que se preconiza uma zona de lavagem na antecâmara da sala de pequena cirurgia. Contudo, isto leva a que a higienização das mãos ocorra menos frequentemente do que seria pretendido e que seja utilizada a SABA, potenciando a transmissão de microrganismo e infecções cruzadas.

O acto de lavar as mãos é de fundamental importância para a prevenção e controle de infecção, devendo ser realizado quantas vezes quanto forem necessárias por todos os profissionais, e imprescindível quando as mãos estão visivelmente sujas, contaminadas com urina, sangue, fezes ou secreções, antes e após comer e após a utilização da casa de banho (Dias,2009).

O espaço físico insuficiente para colocar os utentes de forma confortável na sala aberta foi das coisas que mais me incomodou. Porque era-me muito difícil prestar cuidados aos utentes, não havendo possibilidade respeitar a distância entre estes segundo as medidas padrão para a prevenção de infecção e, para além disso, na sala não existe privacidade, uma vez que os utentes se encontram muito próximos. No entanto, é com muito esforço de toda a equipa que estas situações são remediadas. Sempre que é necessário prestar um cuidado ou medidas de conforto o utente é levado para dentro da sala que dá apoio à sala aberta.

2. CONCLUSÃO

A redacção deste relatório permitiu a reflexão em torno das actividades desenvolvidas, no decorrer do estágio, bem como a revisão global dos objectivos gerais programáticos. O estágio obedece a critérios e metodologias próprias que visam o cumprimento dos objectivos inerentes a um percurso formativo desta natureza.

Assim, ao longo do mesmo, foram realizadas actividades de modo a adquirir competências na área da EEMC, proporcionando uma prática de enfermagem avançada. A consecução do mesmo permitiu o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas, profissionais, sociais, relacionais e éticas. Mas também competências transversais, nomeadamente no âmbito da autonomia, iniciativa, criatividade, inovação, formação, reflexão crítica e tomada de decisão.

A aquisição destas competências traduz o alcance dos objectivos inicialmente delineados para os estágios. No entanto, considero que há ainda um percurso para trilhar, pois para além de se ser especialista importa ser-se perito, alguém que tem a capacidade de otimizar as suas intervenções junto do utente/família, e não executa apenas mecanicamente os procedimentos. A ambição máxima de qualquer enfermeiro deve ser tornar-se perito devendo desenvolver uma percepção muito fina e uma apurada intuição.

Ao longo deste percurso foi-me dada a possibilidade de partilhar todas as experiências que considerei com potencial de enriquecimento, contrariando um modelo demasiado restritivo associado ao acompanhamento constante do tutor ou à alocação permanente a uma área ou sector. Penso que esta postura encontra sustentação nas conclusões de Ferreira (2002), quando considera que a aprendizagem deve ser feita duma forma espontânea de acordo com os interesses, necessidades ou crenças, tornando-se mais profícua e gratificante do que a aprendizagem imposta.

As dificuldades que assinalo resumem-se apenas ao esforço físico e familiar que me acompanhou na realização dos estágios, uma vez que foram realizados em paralelo com o meu exercício profissional. Não obstante este aspecto, zelei sempre por prestar cuidados de acordo com a ética profissional e tendo presentes as minhas obrigações legais.

Ao reflectir sobre a experiência vivida e interligando-a com o meu crescimento pessoal e profissional, concluo que ambos os estágios, pela sua especificidade e

complementaridade, contribuíram de forma clara e objectiva, para a consolidação da minha aprendizagem, enriquecendo a formação prévia associada aos percursos académico e profissional respectivos.

Relacionei-me e integrei-me de forma positiva nas equipas multidisciplinares. Tive a capacidade de me integrar nos métodos de trabalho, normas, regulamentos e protocolos instituídos. Consegui em todos os módulos, de estágio, prestar cuidados individualizados e assumir os cuidados aos doentes que estavam sob a responsabilidade dos meus tutores.

Alinhei o meu percurso pela busca de sentido para cada atitude e cada actividade planeada, numa perspectiva de construção de um corpo de conhecimentos e experiências, na área dos cuidados ao doente de médio e alto risco e sua família.

Em termos gerais atingi os objectivos a que me propôs no início dos estágios, uns mais facilmente que outros, mas todos igualmente importantes para o sucesso deste ciclo de aprendizagem. Para atingir os objectivos propostos no projecto de estágio e adquirir competências, tive sempre presente a reflexão crítica em relação aos cuidados prestados e aos problemas que iam surgindo. Para colmatar este problema, recorri à matéria leccionada neste curso, à pesquisa bibliográfica e aos Enfermeiros com mais experiência do serviço/unidade, sempre motivada para aquisição de novos conhecimentos e para manter de forma contínua o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, pois a comunicação afirma-se muito importante para a efectividade dos cuidados de enfermagem, pela confiança que proporciona quando se estabelece uma relação empática que é facilitadora da recuperação do mesmo.

Neste sentido, no Serviço de Urgência, tive sempre como prioridade a comunicação com a família, pois constatei, desde início, alguma escassez de comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares, que muitas vezes estão viver sentimentos de ansiedade e stresse decorrentes do processo de doença.

Complementando esta abordagem, procurei, na Unidade de Diálise, focalizar-me na articulação com o doente renal crónico e sua família, pois a mesma reveste-se de características muito particulares, dado o carácter de continuidade e proximidade que caracteriza a relação profissional-doente nesta área.

Considero ainda que consegui gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional, das vivências e da formação pós-graduada, adequando os diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada. Tanto na Unidade de Diálise como no SU, nomeadamente na sala de emergência, prestei cuidados directos ao doente crítico/emergente, sendo que, estas experiências me permitiram aperfeiçoar o meu desempenho técnico-científico e relacional, adquirindo competências de destreza, de planificação e tomada de decisão, desenvolvi capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas

No decorrer dos dois campos de estágio, abordei questões complexas de modo sistemático e criativo. Tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Assim na Unidade de Diálise, procurei, focar a minha conduta no direito do doente à informação esclarecida sobre o seu processo saúde/doença, para que este seja um elemento activo na tomada de decisões relativas ao seu tratamento, só assim é possível que o hemodializado proceda a um trabalho de reorganização da sua vida e adopção de novos comportamentos.

No Serviço de Urgência, a minha prioridade foi preservar o direito do doente à privacidade, isto porque, a acumulação de doentes em determinados períodos, torna demasiado difícil a prestação de cuidados, bem como a salvaguarda da privacidade doente.

No processo da formação formal e informal nos campos de estágio, comuniquei aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral. Promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e a formação em serviço.

Não posso deixar de referir e salientar desde já, a forma carinhosa como demonstrada no acolhimento, orientação e ensino por parte dos tutores e orientador dos dois campos de estágio. Contudo tenho que referir e fazer um agradecimento especial à equipa da unidade de diálise que superou as minhas expectativas, pela forma elevada como recebe os alunos e a disponibilidade que mostra diariamente.

Pretendo, continuar a ser enfermeira, esforçando-me diariamente para agir da melhor forma, ultrapassando os obstáculos que surgem, tendo como objectivo principal a prestação de cuidados de qualidade ao utente/família. Espero que este seja apenas o princípio algo que pretendo que seja grandioso e gratificante.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Anabela M.; SILVA, Isabel M. R. – *Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico*. Nursing. nº 193. Novembro de 2004. p. 20-21;
- Barros, Elvino - *Nefrologi : rotinas, diagnóstico e tratamento*. 3ª ed. reimp. Porto Alegre: Artmed, 2007. IX,p. 619;
- Barata,J. Diogo-*Manual de Hemodiálise*.-Lisboa:edição da Clínica de Doenças Renais,1997;
- Chalifour, Jacques - *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, cop. 2008. 293 pps;
- Collière, M. – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, 1989;
- Costa, J. T, Araújo, A.et al. *Serviço de urgência e serviço de atendimento permanente – definição e requisitos mínimos*. Consultado a 03 de Dezembro de 2010, disponível em: [www.nortemedico.pt/ download.php?path=pdf&filename=NMC_2001_7_36_NM7p36-38.pdf](http://www.nortemedico.pt/download.php?path=pdf&filename=NMC_2001_7_36_NM7p36-38.pdf);
- Dias, Carlos- *Encontro: Enfermagem e o IRC*/(ed.lit.) Associação Portuguesa de Insuficientes renais,-Lisboa:Associação portuguesa de Insuficientes renais,2000;
- Dias, L.; Bettencourt, M. – *A importância da higienização das mãos no controle das infecções nasocomiais*, in Sinais Vitais, nº83, Março, 2009. pp. 28-30;
- Dicionário da língua Portuguesa contemporânea – academia das ciências de Lisboa, volume II, 2001, p. 2915, Editorial Verbo;
- Decreto-lei nº 437/92 de 8 de Novembro. Consultado a 17 Novembro 2010, disponível em:

http://www.igf.minfinancas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_437_91.htm;

- Ferreira, Carlos M. S. (2002) – *A Técnica de Espelhamento em Ensino Clínico*. Dissertação apresentada a concurso de professor coordenador, Coimbra;
- Franco, J. – *Orientação de alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação*. Investigação em Enfermagem, nº1, Fevereiro, 2000. pp. 32-49;
- Goldman, Lee, ed. lit. ; AUSIELLO, Dennis, ed. lit. - *Tratado de medicina interna*. 22ª ed. 2ª tiragem. Rio de Janeiro; Elsevier, cop. 2005. 2 vols;
- Guerra, Alexandra-*Manual de Hemodiálise*.-Lisboa:edição da Clínica de Doenças Renais,1997;
- Henriques, Sebastião - *Manual de Hemodiálise*. - Lisboa: edição da Clínica de Doenças Renais, 1999 dip. em: http://www.hvfxira.min-saude.pt/bS_triagem.html, Consultado a 10 de Novembro 2010;
- Leal, Miguel-*Manual de Hemodiálise*.-Lisboa:edição da Clínica de Doenças Renais,1997;
- Lopes, Manuel José - *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra : Formasau, 2006. 368 pps;
- NKF-DOQI (1997) *Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy*. New York:National Kidney Foundation.
- Martins, G.; Cunha, S. & Coelho, R. (2005). A auto-actualização como motivação para aceitar a doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 17, 1-2, 115-123;
- Martins, H; Damasceno, M; Awada, S. *Pronto-socorro: diagnóstico e tratamento em emergências*. São Paulo: editora Manole; 2008;

- Mckenna, Gilean (1994) – Cuidar é a essência da prática de enfermagem. *Nursing*. N.º 80. ISBN 0871-6196. Lisboa;
- Meneses, M. T. P. N. C. (2004). Autonomia do enfermeiro: realidade ou utopia? *Pensar Enfermagem*, 2, vol. 8, 38-41.
- M. legrain (et al); *Manual de nefrologia/* Supervisão da tradução William Chame Diuana,-São Paulo; Masson,1983-IX,ISBN 85-85005-27-O;
- Pinheiro, Pedro -Vasculites causas e sintomas 2009 consultado a 30 de Junho de 2010. Disponível em: www.mdsaude.com/2009/10vasculite.html;
- Matos, E. T. (1997). *A Colaboração Escola - Serviços*. *Nursing*, (Ano 10, nº14), 31-34 ;
- Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: A Excelência do Cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro;
- Nunes, I. (2003). *Ser enfermeiro nos dias de hoje – um desafio exigente*. *Nursing*, 178, 42;
- Paul, Denise (1984) – *La relation infirmière-client: pivot de la santé mentale du client et de l’infirmière*. *Nursing*. Vol.5, Nº 1. Quebec;
- Phaneuf, M. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência,2005;
- PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. São Paulo: Elsevier Editora, 2004;
- Ponce. P. (1997). *Acesso á Diálise: A perspectiva Nefrológica*. Lisboa: Quadricor, Artes Gráficas Lda.
- Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, 2010. Consultado a 04 de Novembro 2010, disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro, 1998. Consultado a 10 de Novembro 2010, disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf> Psicologia Clínica;
- Ribeiro, José Luís Pais -Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA. 1998;
- Riella, Miguel Carlos - *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroelectrolíticos*. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 1996. XXIV, 740 p.;
- Riley, J.- *Comunicação em enfermagem*. 4ª edição; Loures: lusociência; 2004;
- Rodrigues, Moisés – *Episódios pouco urgentes, a realidade do Hospital São Teotónio, EPE*.1º Congresso de Emergências Médicas. Viseu.2010;
- Oliveira, B; Parolin, M.; Teixeira Jr, E. – *Trauma: Atendimento pré-hospitalar*.2ª edição. São Paulo: editora Atheneu; 2008;
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Revista Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas*. Lisboa: Grafinter.
- Oriá, Mônica Oliveira; et al - *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br , consultado a 01 de Fevereiro de 2011;

- Silva, Eugenio R. - Ministério de Salud. Guia Clínica de Insuficiência Renal Crónica Terminal. Ed. Santiago: Minsal, 2005. Consultado a 01 de Julho de 2010 disponível em: www.redsalud.gov.cl;
- Stone, Donald - introdução á Epidemiologia; Trad. Henrique Barros. - Lisboa: McGraw-Hill, cop. 1999;
- Sheehy, S. – *Enfermagem de urgência da teoria à prática* (4.^a ed.). Loures: Lusociência, 2001;
- Sousa, C. M. G.; Santos, F. M. N.; Costa, M. S. P. & Rodrigues, M. A. O. *Enfermagem: Contextos e percepções. Nursing*, 2006, 209, 7-9;
- Serra, L. – *Crítérios fundamentais em fracturas e ortopedia*. 2^a edição, Lisboa: Lidel edições, 2001;
- San-Bento, R. – Opinião acerca da triagem de Manchester; 2004. Consultado a 13 de Novembro 2010, disponível em: <http://doutorenfermeiro.blogspot.com/2008/01/culpa-do-enfermeiro-da-triagem.html>;
- Sesso, Ricardo - Epidemiologia da Doença Renal Crónica no Brasil e sua Prevenção. Consultado a 14 de Janeiro de 2011, disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc_prof.htm;
- Thomas, Nicola- *Enfermagem em Nefrologia*; prólogo de Corine Jeffrey.-2^a ed. Loures: Lusociência, cpo. 2005;
- Teixeira, J. *Manual de urgências e Emergências*. Lousã, 2006. Lidel;
- Vasconcelos, E. (1992). *Receba bem o estagiário*. Formar. Nº 7 (Ago./Set./Out.), p.28-31;
- Zatz, Roberto - *Fisiopatologia renal*. 2^a ed. São Paulo [etc.] : Atheneu, cop. 2002. 328 pps.

ANEXOS

ANEXO I

Listagem de pedidos de farmácia

ANEXO II

Processo de Enfermagem e protocolos em
linguagem CIPE para suporte informático



Ministério da Saúde
Hospital de São Teotónio E.P.E
Unidade de Nefrologia e Diálise

OBSERVAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Admissão na dialise: ____ / ____ / 20__ ☐ Programada ☐ Urgente

Patologia associada: ☐ HTA ☐ Diabetes ☐ Outras _____

Acesso vascular: FAV ☐ Local _____ Data 1ª punção ____ / ____ / ____

PT ☐ Local _____

CVC: ☐ CD Tipo - _____ Local _____

Data colocação: ____ / ____ / ____

☐ LD Tipo - _____ Local _____

Data colocação: ____ / ____ / ____

Vive ☐ Sozinho ☐ Acompanhado ☐ Lar _____ ☐ Centro de Dia

Contacto: _____

Prestador de cuidados informal:

Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

Estado de consciência: ☐ Consciente e orientado ☐ Desorientado no tempo e/ou espaço ☐ Agitado ☐


Prostrado ☐ Disartria ☐ Afasia ☐ Coma

Alergias _____ Medicação do domicílio _____

Próteses / Ortóteses _____

Dados físicos: Altura ____ m; Peso ____ kg; Peso seco ____ kg Hematócrito ____ mg/dl

Sinais vitais: T.A ____ / ____ mmHg ; Temp. ____ ; F.C ____ b/min ; F.R ____ ciclo/min

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO N.º 2</p> <p>Cuidados regulares com o cateter e orifício externo de saída.</p>
--	--

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Cuidados imediatos pós inserção do cateter


- ⇒ Após uma semana verificar o penso. Retirar pontos aos 12 dias.
- ⇒ Se cateter exteriorizado (não enterrado) realizar penso 1x/semana (com técnica asséptica e por enfermeiro^(a) treinado^(a)) durante as duas a três primeiras semanas.
- ⇒ Rever penso mais cedo se complicado por hemorragia ou infecção.

Cuidados na exteriorização do cateter

- ⇒ Profilaxia: Cefazolina 1gr E.V. 30 minutos antes da exteriorização e Cefradina 1gr 12/12h V.O. nos 3 dias seguintes.
- ⇒ Pessoal treinado e técnica asséptica.
- ⇒ Evitar agentes irritantes ou tóxicos (Iodopovidona e Péroxido de Hidrogénio, só na pele intacta, nunca no orifício).
- ⇒ Pensos esterilizados.

Cuidados regulares com o orifício de saída

- ⇒ Lavar diariamente o orifício com água e sabão líquido, e posteriormente com soro fisiológico.
- ⇒ Não remover agressivamente as crostas.
- ⇒ Manter o orifício seco.
- ⇒ Imobilizar o cateter adequadamente, de forma a evitar traumatismos, tracções e sangramento.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO N.º 2</p> <p>Cuidados regulares com o cateter e orifício externo de saída.</p>
--	--

Cuidados na presença de orifício equivoco ou infectado

Na presença de exsudado deve ser efectuada colheita para microbiologia (Gram e Cultura). Inicia-se antibioterapia empírica cuja 1ª escolha é o Cotrimoxazol 960mg de 12/12h por via oral. Alternativamente pode ser utilizada a Ciprofloxacina 500mg de 12/12h por via oral.

Após o resultado microbiológico, ajustar antibiótico:


- ⇒ Pseudomonas: Ciprofloxacina 500mg 12/12h V.O. associado a Ceftazidima 1gr I.P. id.
- ⇒ Se Staphilococcus Aureus e evolução lenta, associar Rifampicina 300mg 12/12h V.O.
- ⇒ Efectuar tratamento até uma semana após resolução completa dos sinais de infecção.
- ⇒ Se evolução refractaria ponderar remoção do cuff externo

No orifício equivoco ou associado ao antibiótico sistémico, pode ser utilizado tratamento tópico, aumentando a frequência dos cuidados com o orifício para 2 vezes ao dia:

- ⇒ Mupirocina
- ⇒ Cloreto de Sódio hipertónico a 3% (1 ampola de NaCl a 20% em 100ml de NaCl a 0,9%) em pensos durante 30 minutos a 1 hora (2x/dia)
- ⇒ Alternativamente pode ser utilizada aplicação tópica de Prednisolona, Neomicina, e Sulfacetamida (*Meocil*®)

Nas infecções crónicas do orifício deve ser considerada a cauterização do tecido de granulação com Nitrato de Prata (AgNO_3), se existir granuloma, ou a remoção (Shaving) do cuff externo.

A remoção do cateter deve ser considerada se:

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO N.º 2</p> <p>Cuidados regulares com o cateter e orifício externo de saída.</p>
--	--

- ⇒ Houver infecções recorrentes do orifício, pelo mesmo agente, sem cura após shaving do cuff externo.
- ⇒ Houver infecção do cuff interno.
- ⇒ Houver peritonite refractaria ou recorrente, e peritonite associada a infecção do túnel.

**Determinação da
Dose de Diálise
(Kt/v)**

Perioricidade:

- ⇒ 1 mês após início
- ⇒ 4/4 meses
- ⇒ Evidência de necessidade

Na véspera da consulta:

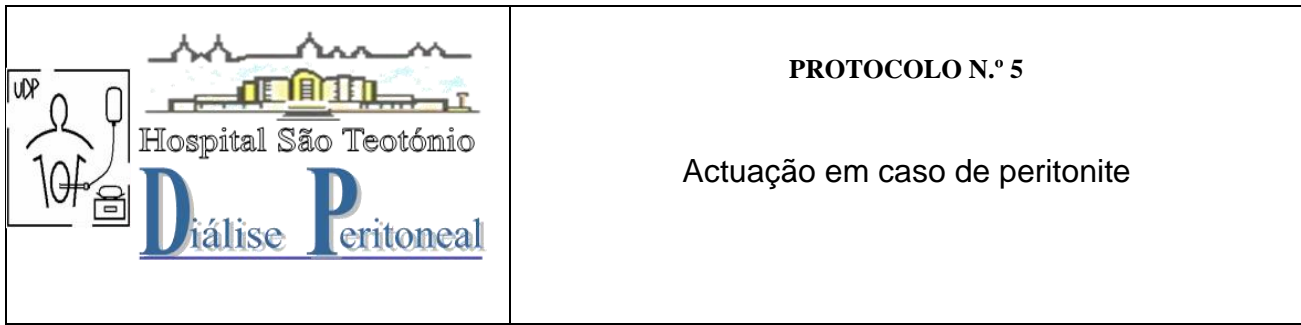
1. Iniciar colheita de urina das 24 horas, após a 1ª urina da manhã, que não se aproveita.
2. DPCA
 - a. Efectuar colheita de uma amostra de cada saco de troca, com excepção da 1ª troca da manhã, que se desperdiça.
 - b. Registar a correspondência da amostra com o saco, e o volume total do saco correspondente, para cada amostra.
3. DPA
 - a. Efectuar colheita de amostra do saco de drenagem, tendo o cuidado de não esvaziar o líquido dos sacos não utilizados.

No dia da consulta:

1. Terminar colheita de urina de 24 horas com a 1ª urina da manhã.
2. Efectuar colheita da amostra da troca da manhã, quer seja efectuada em casa, ou na unidade.

Na consulta:

3. Colheita de sangue para bioquímica (Ureia, Creatinina, Albumina e Glicose)
4. Registo da UF total das 24h
5. Registo do volume de urina das 24h, peso e altura
6. Retirar 1% do volume drenado de cada frasco de efluente peritoneal, e juntar essas amostras num único frasco de efluente peritoneal, que vai corresponder a 1% do volume total drenado nas 24h.
7. Enviar conjunto das amostras de efluente peritoneal, urina e sangue, com os registos efectuados



Peritonite:

- ⇒ Efluente peritoneal turvo
- ⇒ Dor abdominal
- ⇒ Vômitos, Diarreia, Febre

Excluir:

- ⇒ Patologia abdominal cirúrgica

Investigar:

- ⇒ Infecção do orifício/túnel

Colheitas:

- ⇒ Sangue:
 - Hemograma + Bioquímica (c/ amilase e DHL)
- ⇒ Efluente peritoneal (última troca do domicílio)*:
 - Amilase, contagem total e diferencial de células – Tubo de Hemograma
 - Microbiologia – Gram e Cultura – 2 Frascos de hemocultura para aeróbios e 1 de anaeróbios

* - Se o doente não trazer saco da última troca, aguardar 2h antes de efectuar nova troca

Critérios Diagnósticos:

- ⇒ 100 leucócitos/ μ l (\geq 50% PMN)
- ⇒ Gram ou culturas positivas

INICIAR TERAPÊUTICA EMPIRICA

Se doente em DPA,
passar a DPCA até rever
evolução

Vancomicina 2gr / troca longa (\geq 6h) / dose única (15 a 30 mg/Kg) I.P.
(repetir ao 5º dia – troca obrigatória na unidade - ou ajustar consoante
antibiograma e evolução)

SE ALERGIA À VANCO = Cefazolina 1,5gr I.P. / dia

+

Ceftazidima 1gr / troca longa / dia (20mg/Kg) I.P.
(repetir diariamente ou ajustar consoante antibiograma e evolução)

+

Fluconazol 50mg / dia V.O. (profilaxia de fungos) até ao fim do
tratamento

Ajustar tratamento em função de:

- ⇒ Culturas – Antibiograma
- ⇒ Evolução – Resposta Clínica

ANEXO III

Formação em serviço sobre o mecanismo
fosfo-cálcico

MECANISMO FOSFO-CALCIO

NA IRC

- No início fósforo normal
- Por aumento da secreção de PTH

Que leva ao aumento da excreção pelo rim

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO

- IRC com TFG < a 30ml/mint

Hiperfosfatemia

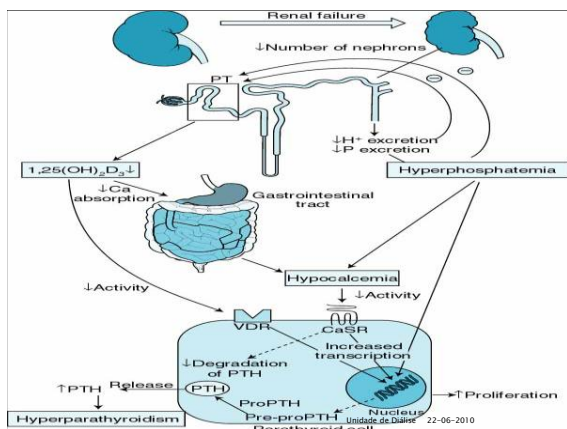
Diminuição pelo rim do metabolismo activo da vit. D

Diminuição de absorção do cálcio no intestino

Resistência do osso à PTH para a mobilização do cálcio

Hipocalcemia

Unidade de Diálise 22-06-2010



Unidade de Diálise 22-06-2010



Unidade de Diálise 22-06-2010

Terapêutica para a homeostasia do metabolismo fósforo - cálcio

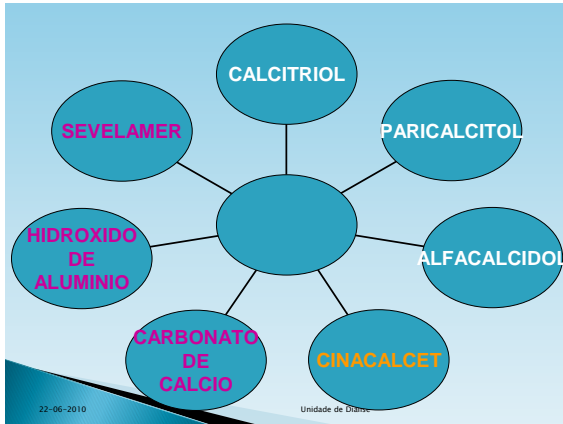
Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO

Metabolismo fósforo - cálcio Pautas Kdoqi

- CALCIO: 8.4 - 9.5 mg/dl
- FOSFORO: 3.5 - 5.5 mg/dl
- PTH: 150 - 300 pg/ml

Unidade de Diálise 22-06-2010



MECANISMO FOSFO-CALCIO

CALCITRIOL

- ▶ Forma activa da vitamina D3
- ▶ Utilizado para tratamento do hiperparatiroidismo secundário á IRC
- ▶ Hipocalcemia
- ▶ Osteodistrofia de origem renal em doentes com IRC, em particular nos submetidos a hemodiálise

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO

CALCITRIOL

Complicações

- ▶ Hipercalcemia
- ▶ Hiperfosfatémia
- ▶ Anorexia, cefaleias, vômitos, obstipação

Unidade de Diálise 22-06-2010

CALCITRIOL

Hipercalcemia
+
Hiperfosfatémia

→

Calcificação dos tecidos moles, osso

↓

Importante :

- ▶ controlar os níveis de cálcio e fósforo

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO

CALCITRIOL

- ▶ DOSE RECOMENDADA – Determinada com base no nível sérico cálcio

Dose inicial - 0,25mcg/dia

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO

Unidade de Diálise 22-06-2010

PARACALCITOL (Zemplar)

Pertence ao grupo – Análogos da vitamina D

INDICAÇÕES

- ▶ Prevenir e tratar os níveis elevados de hormona paratiroideia no sangue

EFEITOS SECUNDARIOS

- ▶ Hipercalemia
- ▶ Hiperfosfatemia
- ▶ Prurido
- ▶ Alteração do paladar
- ▶ Cefaleias

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO PARACALCITOL (Zemplar)

- ▶ Dosagem:

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO CINACALCET (MIMPARA)

- ▶ Actua bloqueando os receptores de cálcio a nível da hormona paratiroideia
- ▶ Tratar o hiperparatiroidismo secundário em doentes com insuficiência renal em diálise
- ▶ Tem um efeito hipocalcemiante e reduz os níveis de fósforo sérico

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO CINACALCET (MIMPARA)

Efeitos secundários:

- ▶ Náuseas e vómitos
- ▶ Tonturas
- ▶ Parestesias
- ▶ Anorexia
- ▶ Astenia

Unidade de Diálise 22-06-2010

MECANISMO FOSFO-CALCIO CINACALCET (MIMPARA)

Dosagem :

- ▶ Inicial – 30mg/dia
- ▶ Dosagem máxima – 180mg/dia

A dose é ajustada a cada duas a quatro semanas consoante os níveis da PTH

Unidade de Diálise 22-06-2010

Quelentes do fósforo

- ▶ Carbonato de cálcio
- ▶ Hidróxido de alumínio
- ▶ Sevelamer

Reduzem absorção de fósforo

Unidade de Diálise 22-06-2010

	ACÇÃO		DOSAGEM	EFEITOS SECUNDARIOS
Carbonato de cálcio	•Reduz os níveis de fósforo serico no sangue		Utilizar só se Fósforo serico < 7mg	•Obstipação •Hipercalcemia •Hipercalcúria •Calcificações vasculares
Hidróxido de alumínio	•Reduz os níveis de fósforo serico no sangue			•Hiperfosfatémia •Dor óssea •Hipofosfatúria •Xerostomia •Osteomalacia
Sevelamer	•Reduz os níveis de fósforo serico no sangue; níveis colesterol LDL	•Não contem cálcio e alumínio	•Base no nível serico de fósforo	•Náuseas •Vômitos •Obstipação •Dores abdominais

22-06-2010

Unidade de Diálise

MECANISMO FOSFO-CALCIO	
Dose inicial de sevelamer para pacientes em diálise	
Níveis sericos de fósforo	Sevelamer 800mg
>5,5 e <7,5 mg/dl	1 comprimido três vezes/dia as refeições
>7,5 e <9,0 mg/dl	2 comprimidos três vezes/dia as refeições
>9,0mg/dl	2 comprimidos tres vezes /dia as refeições

Unidade de Diálise 22-06-2010



Unidade de Diálise 22-06-2010

ANEXO IV

Avaliação da formação

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Este questionário refere á terapêutica utilizada para se estabelecer a homeostasia no metabolismo fósforo - cálcio.

Assinale com um (X) a ou as respostas correctas.

1 – Fornece vitamina D activa, quando o organismo não consegue produzir quantidades suficientes, o fármaco:

- ☐ Cinacalcet
- ☐ Paricalcitol
- ☐ Carbonato de cálcio
- ☐ Sevelamer

2 – As complicações do Paricalcitol são:

- ☐ Hipercalcemia
- ☐ Hiperfosfatemia
- ☐ Hipocalcemia
- ☐ Hipofosfatemia

3 – Actua bloqueando os receptores do cálcio a nível da glândula paratiroide, é eficaz para o tratamento do hiperparatiroidismo secundário:

- ☐ Calcitriol
- ☐ Paricalcitol
- ☐ Sevelamer
- ☐ Cinacalcet

4 – Quais os agentes quelentes do fósforo:

- ☐ Carbonato de cálcio
- ☐ Sevelamer
- ☐ Paricalcitol
- ☐ Hidróxido de alumínio

Questionários - Antes da formação

Questões		1	2	3	4	5	6	7
	1	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2	50,00%	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	50,00%
	3	0,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	4	66,66%	33,33%	100,00%	100,00%	33,33%	100,00%	66,66%
Resultados		29,17%	45,83%	50,00%	87,50%	8,33%	62,50%	29,17%

Média **44,64%**

Questionários - Após a formação

Questões		1	2	3	4	5	6	7
	1	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
	2	100,00%	100,00%	50,00%	100,00%	50,00%	50,00%	100,00%
	3	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	4	100,00%	100,00%	66,66%	100,00%	66,66%	100,00%	100,00%
Resultados		100,00%	100,00%	54,17%	75,00%	54,17%	37,50%	100,00%

Média **74,40%**

ANEXO V

Estudo de caso lesão renal aguda associada
a vasculite



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ESTUDO DE CASO

Lesão Renal Aguda associada a Vasculite

Aluno: Carla Almeida

Orientador: Enfermeiro Jorge Melo

Viseu, Julho de 2010



Índice

1. Introdução.....	2
2. Caracterização do doente	4
3. Discussão.....	6
4. Plano de cuidados	10
5. Conclusão	13
6. Bibliografia	14

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio opcional, da especialidade médico-cirúrgica, a decorrer na Unidade de Diálise, optei por elaborar o estudo de caso do Sr. A.F.L. doente de 88 anos de idade, que desenvolveu uma insuficiência renal aguda, associada à vasculite.

No âmbito do estágio opcional, da especialidade médico-cirúrgica, a decorrer na unidade de hemodiálise, é solicitado a elaboração de um estudo de caso ou de um artigo. Eu optei por elaborar um estudo de caso do Sr. A.F.L. doente de 88 anos de idade, que desenvolveu uma insuficiência renal aguda, associado a vasculite.

As vasculites resultam de uma inflamação destrutiva dos vasos sanguíneos, que ocorre devido á deposição de anticorpos no lumén do vaso diminuindo assim o seu calibre provocando a isquémia do órgão irrigado pelo pelos vasos envolvidos, Stone (1999)

Pretendo com este trabalho:

- Aprofundar e aplicar conhecimentos teórico-práticos; anteriormente adquiridos no âmbito da Enfermagem médico-cirúrgica.
- Planear cuidados ao doente em tratamento substitutivo da função renal
- Desenvolver competências na elaboração de trabalhos académicos;
- Contribuir como um elemento de avaliação.

Na elaboração deste estudo de caso utilizei:

- A consulta do processo clínico do doente;
- Entrevistas informais com a equipa multidisciplinar;
- A observação, avaliação e diálogo com o doente;
- Conhecimentos científicos apreendidos previamente e pesquisa bibliográfica.

Este trabalho divide-se em três partes essenciais:

- Primeira parte engloba a caracterização do doente.
- Segunda parte é feita uma discussão sobre o caso do doente apresentado e a bibliografia consultada.
- Terceira e última parte, é apresentado um plano de cuidados com respectivas intervenções de enfermagem, de acordo com a linguagem CIPE.

2. CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

Nome: Sr. A.F.L.

Idade: 88 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Viúvo

Profissão: Reformado de actividade agrícola

Estado de consciência: Consciente e orientado Escala de Glasgow = 15.

Estado hemodinâmico: 180/90mmHg; 76 bat/min; temp.axilar 36,8

Antecedentes: Diabetes tipo 2 sob insulinoaterapia; Hipertensão arterial (HTA) e glaucoma.

Motivo da ida ao serviço de urgência: Quadro de anorexia, vômitos, astenia e hematúria.

Função renal previamente preservada, desencadeia a Insuficiência renal aguda (IRA) associada a vasculite. Na entrada no Serviço de Urgência (SU) apresentava-se hipertenso (180/90mmHg), creatinina (6,9mg/dl) e ureia (280mg/dl) elevado, anemia (8,1g/dl) e petéquias ao nível dos 4 membros. Iniciou o tratamento conservador com reposição de volémia e correcção do equilíbrio ácido base.

No segundo dia apresenta diurese conservada mas não eficaz o que agravou a anemia (7,1g/dl) e aumentou os valores de creatinina (7,1mg/dl) e ureia (299mg/dl), com aumento das lesões cutâneas, pelo que lhe é colocado cateter venoso central (CVC) e inicia o tratamento de substituição renal.

É diagnosticado ao paciente uma lesão renal aguda, parenquimatosa provavelmente associada a vasculite, e inicia corticoterapia.

Ao quinto dia, o doente, apresenta uma evolução favorável das lesões cutâneas e um quadro clínico compatível com vasculite, pelo que é programada biopsia renal, para confirmação de diagnóstico e pondera-se efectuar plasmaférese.

O doente recusa efectuar a biopsia, pelo que não foi possível confirmar o diagnóstico, após 5 sessões de hemodiálise desencadeia a recuperação da função renal.

Retirou-se o CVC e o paciente manteve-se internado, para controlo analítico diário da função renal.

3. DISCUSSÃO

Os rins são essenciais à homeostase, não apenas porque eliminam os produtos indesejáveis do metabolismo, como também têm uma função reguladora e hormonal (Zatz, 2008).

A lesão renal aguda (LRA) é a redução abrupta, em princípio reversível, da taxa de filtração glomerular (elevação da creatinina e ureia plasmáticas).

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) pode ser dividida em 3 grandes grupos:

- 1- IRA pré renal: relacionada com uma má perfusão renal sendo os rins estruturalmente normais;
- 2- IRA renal: quando há lesão do parênquima renal, sendo por vezes secundária a problemas pré-renais;
- 3- IRA pós-renal: quando há uma obstrução do aparelho urinário inferior de ambos os rins ou de rim único, Thomas (2005).

Quando as consequências da LRA ameaçam a sobrevivência imediata do doente, e este não responde ao tratamento convencional, a única alternativa é a diálise.

A diálise é o processo pelo qual a composição de solutos de uma solução (sangue) é alterada pela exposição desta solução a uma segunda solução (dialisante), através de uma membrana semipermeável Barros (2006).

Existem vários factores predisponentes da insuficiência renal aguda: diabetes mellitus, mieloma múltiplo, insuficiência cardíaca, hepatopatias, enfarte agudo miocárdio, hipertensão arterial, Phipps (1999).

O Sr. A.F.L. apresentava como antecedentes: diabetes insulino-dependentes e hipertensão, sabe-se por estudos recentes que a diabetes é uma das principais causas da insuficiência renal. Cerca de 35 a 45% dos doentes com diabetes insulino-dependentes desenvolvem doença renal, que pode desenvolver-se de

forma lenta ou rápida, quase sempre acompanhada por Hipertensão Arterial (HTA) Busato (2010).

No caso do Sr. A.F.L. pensava-se que a LRA estava associada uma hipo perfusão renal por desidratação pelo que se iniciou, tratamento conservador com aumento da volémia,, de forma a aumentar o fluxo de sangue glomérular, contudo o Sr. A.F.L. não recuperou a função renal, manteve creatinina de 7,1mg/dl, ureia de 290mg/dl, potássio de 7,5mEq/L, PCR 7,33mg/dl, fósforo 7,1 mg/dl, pelo que se decidiu, iniciar Hemodiálise e colocou-se a hipótese da LRA estar associada a vasculite, que de acordo com Stone(1999), é uma inflamação destrutiva dos vasos sanguíneos, devido á deposição de anticorpos no interior dos mesmos, diminuindo o seu lúmen, e provocando a isquémia do órgão irrigado.

As vasculites continuam a ser uma patologia difícil, tanto pelos efeitos sistémicos, como pela forma como se apresentam. Sabe-se que 25% das vasculites afectam os rins, Garrido (2004).

O tratamento depende do diagnóstico etiológico que pela história clínica e exame físico é possível presumir, mas a biopsia do órgão afectado é o exame mais importante para o diagnóstico definitivo. Biopsia renal é normalmente solicitada naqueles casos de doenças renais de etiologia indeterminada. A análise do fragmento pelo microscópio é uma ferramenta poderosa que estabelece o diagnóstico definitivo na maioria dos casos, Pinheiro (2009).

Como o autor refere a biopsia é o exame mais importante para estabelecer o diagnóstico definitivo do fenómeno vasculite pelo que foi proposto ao Sr. A.F.L. efectuar biopsia renal, mas entretanto e na tentativa de travar a progressão da LRA, Sr. A.F.L. iniciou tratamento com corticoesteroides ao 2.º dia, o que vai de encontro a Goldman (2005), que refere tratamento das vasculites é direccionado à causa primária do desenvolvimento da inflamação., na maioria dos casos, são administrados esteróides, se a causa inicial for provocada por dano no sistema imunológico. Após dois dias da introdução de corticoides as lesões cutâneas do Sr. A.F.L. apresentavam evolução favorável.

Também, Alves (1998) refere que as formas idiopáticas da doença são tratadas de acordo com o diagnóstico, com o tipo de órgãos envolvidos e, geralmente, incluem a manipulação de corticóides e imunossupressores.

Quando se decidiu que o tratamento a efectuar seria a diálise porque o Sr. A.F.L. não respondeu ao tratamento convencional, houve a necessidade de estabelecer um acesso vascular. Neste caso, foi-lhe colocado um CVC de curta duração, na veia jugular interna direita, normalmente estes cateteres são mais fáceis e rápidos de colocar. Os cateteres foram concebidos como um acesso provisório, e um acesso em situações de urgência para efectuar a hemodiálise, sendo que com a evolução se verificou que este era o único acesso possível em muitos doentes Ponce(1997).

Também Thomas (2005), refere que em situações de IRA com necessidade urgente de Hemodiálise, o acesso vascular possível é o CVC, este deve ser colocado preferencialmente veia femoral ou veia jugular interna, pois a punção da veia subclávia afectar negativamente a criação de uma Fistula artério venosa (FAV), devido a estenose central.

O Sr. AFL iniciou a diálise, logo que se verificou que o tratamento conservador efectuado não foi eficaz, para a recuperação da função, também para Zatz (2008) é de grande importância que a IRA seja detectada num estado precoce, para que se possa iniciar tratamento rápido e eficaz das formas reversíveis da doença, tais como as vasculites, nefrites intersticiais e outras.

Ao suspeitar-se que o Sr. A.F.L. apresentava uma LRA associada a vasculite, e como foi referido anteriormente, esta patologia caracteriza-se pela inflamação dos vasos com deposição nos mesmos de anticorpos, colocou-se a hipótese do Sr. A.F.L. realizar plasmaférese.

A plasmaférese é uma técnica de depuração sanguínea extra corporal, com a finalidade de remover as proteínas plasmáticas com elevado peso molecular impossíveis de eliminar por outras técnicas. Consiste na remoção de

determinada quantidade de plasma, e a sua substituição por um soluto de reposição normalmente albumina ou plasma fresco, Guerra (1997).

Para Pinheiro (2009) a plasmaférese é um processo de remoção de elementos do plasma sanguíneo responsáveis por algumas doenças. A indicação mais comum é para remoção de anticorpos e complexos auto-imunes. Como muitas doenças são causadas por anticorpos, toxinas e excesso de proteínas indesejadas, ou seja, produtos prejudiciais ao organismo existentes no plasma, pelo que a plasmaférese é o método pelo qual estas substâncias são removidas do sangue. O problema da plasmaférese é que filtra todas as substâncias do plasma, tanto as maléficas quanto as benéficas, inclusive a água presente. Para que o doente não entre em choque hipovolémico volume que é eliminado na plasmaférese é repostado com de plasma fresco ou albumina.

Após 5 sessões de hemodiálise e terapêutica com corticosteroides iniciou a recuperação da função renal (creatinina de 2,9mg/dl, ureia 54mg/dl) suspendeu o tratamento dialítico e coloca-se de parte a realização de plasmaferese, o paciente continua internado para controlo analítico diário. Ao 10.º dia é-lhe retirado o CVC por não necessitar de hemodiálise.

4. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados do Sr. A.F.L. refere-se aos problemas relacionados procedimentos pré-diálise com a hemodiálise verificados em algumas sessões.

Tendo em conta o que observei elaborei o seguinte plano de cuidados, tendo em conta a linguagem CIPE:

Data de início	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Objectivo	Resultados obtidos
14-05-2010	Ansiedade em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar sinais de ansiedade (inquietação, sudorese, taquicardia, choro, irritabilidade) -Promover uma relação de confiança - Encorajar oSr. A.F.L. a expor as suas dúvidas e inquietações. -Explicar de maneira clara todos os procedimentos a efectuar 	1-Diminuir ansiedade 2-Melhorar adesão ao tratamento	O Sr. A.F.L. demonstrou boa adesão ao tratamento, contudo demonstrava alguns sinais de ansiedade, como a inquietação e o choro

14-05-2010	Riscos associados a Colocação de CVC	<ul style="list-style-type: none"> -Executar procedimentos do protocolo P9 existente na unidade (anexos) - Monitorizar sinais vitais - Vigiar traçado de ECG -Vigiar padrão respiratório - Colaborar com nefrologista na obtenção do acesso 	<p>1-Prevenir Complicações</p> <p>2- Actuação precoce nas complicações que surjam</p>	Não se verificaram complicações relacionadas com a colocação do CVC
14-05-2010	Hipotensão arterial durante sessão de hemodiálise	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar tensão arterial de 30 em 30m -Posicionar em trendelemburg -Administrar 100cc-200cc de soro fisiológico. -Diminuir ou suspender UF -Informar médico 	1-Prevenir complicações da hipotensão	Não houve complicações relacionadas com a Hipotensão

14-05-2010	Hemorragia na inserção do CVC	<ul style="list-style-type: none"> -Executar tratamento ao local de inserção do CVC -Vigiar local de inserção do CVC -Vigiar sinais de hemorragia -Monitorizar sinais vitais 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Controlar hemorragia 2-Prevenir infecções 	Sem sinais de hemorragia a 16-05-2010
15-05-2010	Febre	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar temperatura corporal -Executar arrefecimento á pessoa -vigiar sudorese -Gerir ambiente físico -Executar colheita de sangue para hemoculturas 	<ul style="list-style-type: none"> 1-Controlar efeitos da febre 2-Detectar sinais de infecção. 	Sem febre desde 17-05-2010

5. CONCLUSÃO

A insuficiência renal aguda ou crónica com necessidade de tratamento substitutivo renal tem vindo a aumentar de maneira significativa.

A hemodiálise é um tratamento que permite a alguns doentes recuperarem sua função renal, e a outros é o tratamento que lhes permite sobreviver.

Este trabalho permitiu-me saber mais sobre a doença renal, reflectir sobre a importância do papel de enfermeiro que presta cuidados nas unidades de diálise, em que muitas vezes ele prevê algumas das complicações e actua de maneira a atenuá-las.

Como refere Thomas (2005), os cuidados aos insuficientes renais é uma área de Enfermagem, "...com recompensas sem igual e sofrimentos sem igual."

Nesta área é impossível não haver um certo envolvimento pessoal com um doente com o qual se partilha, durante meses ou anos a luta pela sobrevivência.

Tentei estruturar o trabalho de maneira a torna-lo de fácil leitura e compreensão, senti diversas dificuldades por ser o primeiro estudo de caso que realizei.

Os objectivos traçados no início foram atingidos.

6. BIBLIOGRAFIA

ZATZ, Roberto - **Fisiopatologia renal**. 2ª ed. São Paulo [etc.] : Atheneu, cop. 2002. 328 p. ISBN 85-7379-269-8

BARROS, Elvino - **Nefrologia : rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª ed. reimp. Porto Alegre : Artmed, 2007. IX, 619 p. ISBN 85-363-0557-6

GOLDMAN, Lee, ed. lit. ; AUSIELLO, Dennis, ed. lit. - **Tratado de medicina interna**. 22ª ed 2ª tiragem. Rio de Janeiro : Elsevier, cop. 2005. 2 vols.. ISBN 85-3521393-7

RIELLA, Miguel Carlos - **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroelectrolíticos**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 1996. XXIV, 740 p.. ISBN 85-277--0399-8

PINHEIRO, Pedro - MDSAÚDE-**Vasculites causas e sintomas** –Consult.30 jun.2010). Disponível em-WWW.mdsaude.com/2009/10/vasculites.html

PINHEIRO, Pedro - MDSAÚDE-**Plasmaferese** –Consult.30 jun.2010). Disponível em-WWW.mdsaude.com/2009/10/Plasmaferese.html

ALVES,Almerinda Medicina On line - Revista Virtual de Medicina Volume 1- Número 1- Ano I (Jan/Fev/Mar de 1998) consult.27jun. disponível http://www.medonline.com.br/med_ed/med1/vasculit.htm



STONE,Donald- introdução á Epidemiologia;Trad.Henrique Barros.- Lisboa:Mcgraw-Hil,cop.1999

THOMAS, Nicola THOMAS,Nicola- **Enfermagem em Nefrologia**;prólogo de Corine Jeffrey.-2ªed.Loures:Lusociência,cpo.2005



ANEXO VI

Protocolo da Biópsia Renal

 <p>Ministério da Saúde</p>  <p>Ministério da Saúde</p> <p>Hospital de São Teotónio, EPE – Viseu</p> <p>Serviço de Nefrologia /Diálise</p>	<p>PROTOCOLO N.º 8</p> <p>Cuidados na realização de Biópsia Renal</p>
--	--

Cuidados pré Biópsia Renal

♦ **Preparar material para Biópsia Renal Percutânea:**

- Ecógrafo
- Adaptador de ecógrafo esterilizado para suporte da agulha de biópsia
- Agulha de Biópsia
- 1 Tubo com formol, 1 tubo com solução de Michel (com identificação do doente) – por rotina são pedidos pelo médico que realiza a biópsia.
- 1 Trough Cirúrgica
- Touca e máscara para todos os intervenientes
- 1 par de luvas esterilizadas
- 1 Seringa de 10 ml (para anestesia)
- 2 Agulhas (1 intravascular, 1 intramuscular)
- Anestésico local (Xilocaina 2%)
- Iodopovidona dérmica
- Iodopovidona gel
- 2 Embalagens de compressas esterilizadas (10x10cm)
- Material para penso dérmico compressivo a aplicar no local
- 1 Lâmina bisturi nº 11
- Impressos / requisições para Anatomia Patológica HST,EPE / HUC/curry?

NA UNIDADE DE DIALISE:

- 2-Verificar se o processo do doente inclui o impresso de consentimento para acto médico específico (Biópsia Renal), assinado ou para assinar (em anexo).

Nota: Constitui direito do doente ter sido informado do exame que se vai realizar, sobre a sua necessidade e riscos, esclarecendo todas as suas dúvidas e respeitando a sua decisão final.

- 3-Confirmar se o doente cumpriu jejum de 6-12 horas, se foi efectuada avaliação da tensão arterial meia hora antes, e administrada medicação sedativa;
- 4-Verificar se o doente vem com perfusão em veia periférica (confirmando a sua permeabilidade). Na sua ausência, efectuar esse procedimento;
- 5-Despir o doente e vestir bata com abertura posterior, ou verificar se o pijama tem fácil acesso à zona lombar;
- 6-Deitar o doente em decúbito ventral com almofada sob o abdómen superior (o tronco deve estar alinhado com os membros inferiores – Fig. 1);



Figura 1 – Posição correcta para biópsia renal

- 7-Monitorizar a FC, TA e Spo2, e programar monitor com avaliações seriadas de 5' em 5', ou com intervalos de tempo menores se necessário.
- 8-Iniciar registo do procedimento em impresso próprio da UND (Folha de registo de procedimentos extra-dialíticos - em anexo).
- Após a biópsia, o paciente deve permanecer deitado em decúbito ventral e ser aplicada pressão firme sobre o local da punção por dez minutos, após o que se faz penso compressivo.
- Adoptar a posição decúbito dorsal
- O doente -permanece na UND durante os primeiros 30 minutos. No final deste tempo, deverá então, regressar ao Serviço de Internamento,
- Enviar folha de informação de cuidados pós biopsia renal

Anexo VII

Acção de formação: Fluidoterapia
cristalóides versus coloides

Fluidoterapia

CRISTALÓIDES vs COLÓIDES

- ▶ A administração de fluidos é uma das intervenções mais comuns na prática de enfermagem.
- ▶ Deve ser encarada como **medida terapêutica** importante mas capaz de **provocar lesão** semelhante a qualquer fármaco.

Marcelino (2006)

Cristalóides

Partículas de baixo PM
Baixo custo
Solutos hipo, hiper ou isotónicos
Expansores 3:1
Alterações ácido-base
Hemodiluição

Colóides

Partículas de alto PM
Custo mais elevado
Solutos hipertónicos
Expansores 1:1
Alterações da coagulação
Anafilaxia

cristalóides

▶ Isotónicos

Soluções salinas equilibradas com electrólitos
soro fisiológico a 0,9%
lactato de ringer mais usada no trauma

Hipotónicos soluções glicosadas,
Dextrose em H₂O (**não são bons expansores e não devem ser usadas na reanimação do traumatizado**)

Hipertónicos

Cloreto de sódio a 7,5%
250ml → 2 a 3l solução isotónica .
PHTLS (2007)

Coloides

Substancias de alto peso molecular restritas ao compartimento vascular.

NATURAIS

- ▶ Albumina humana

SINTÉTICOS

- ▶ Gelofusine, Heamaccel, Gelafundin, Polisocel, Hisocel – **GELATINAS**
- ▶ Dextran 40, Dextran 70 – **DEXTRANOS**
- ▶ Hetastarche(hespan)– **HIDROXIETILAMIDOS**

Dextranos

Colóide em desuso

Soluções hipertónicas de polímeros de glicose de grande eficácia como expansores

Dose diária limitada

Têm uma acção anticoagulante que pode causar hemorragia clinicamente relevante

Podem causar reacções de hipersensibilidade.

Lobo(2006)

Gelatinas

Colóide pobre

Soluções de colagénio bovino de menor eficácia como expansores e semi-vida curta pelo "baixo" PM

Têm uma acção desprezível na coagulação

Podem causar reacções de hipersensibilidade.

Lobo(2006)

Hidroxietilamidos

Colóide de eleição

Soluções poliméricas de glicose a partir da amilopectina (amido)

Grande eficácia como expansores e semi-vida 3-4h

Têm uma acção desprezível na coagulação

Raramente causam reacções de hipersensibilidade

Efeito "reparador" nos capilares melhorando a função endotelial e diminuindo edema intersticial

Efeito anti-inflamatório (moléculas de adesão no endotélio)

Miana (2008)

Solutos Hipertónicos-Hiperoncóticos

Colóide do futuro

Soluto hipertónico com efeito expansor potente e imediato

Efeito vasodilatador na circulação pulmonar

Efeito inotrópico positivo

Soluto colóide que prolongue o efeito expansor

Dose única

Têm uma acção desprezível na coagulação

Miana (2008)

Estudo de investigadores Americanos SAFE

- Estudo randomizado para comparar o efeito na ressuscitação de colóides e cristalóides numa população heterogênea de UCI (NEJM 05/2004)
- O end-point foi morte até ao 28º dia
- Envolveu 6997 doentes
- Os resultados foram semelhantes nos dois grupos

Mortalidade	colóides	cristalóides
trauma	81/596(13,6%)	59/590 (10,0%)
sepsis	185/603(30,7%)	217 /615(35,3%)
total	726/3473 (20,9%)	729/3460 (21,1%)

- Estudos recentes demonstram que o mais importante é repor o volume e não é tão importante ser um cristalóide ou colide.

▶ **SOLUÇÕES
INTRA VENOSAS MAIS
UTILIZADAS**

1-Soro fisiológico 0,9

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ INDICAÇÕES ▶ Desequilíbrios hidroelectrolíticos ▶ Desidratação hipotónica ▶ Repor volémia | <ul style="list-style-type: none"> ▶ CONTRA INDICAÇÕES ▶ Hipernatrémia ▶ ICC ▶ HTA ▶ I Renal |
|---|--|

2-Lactato ringer

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicações ▶ Desidratação isotónica ▶ Depleção salina ▶ Substituição de electrolitos em queimados ▶ Correctivo de volémia | <ul style="list-style-type: none"> ▶ contra-indicações ▶ Alcalose ▶ Edemas ▶ Insuficiência hepática e renal. ▶ HTA ▶ Hipocalcémia, hipernatrémia |
|--|---|

Dextrose em soro fisiológico 0,9%

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicações ▶ Desidratação isotónica e hipotónica ▶ Alcalose ▶ Cetoacidose diabética associando insulina | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contra indicações ▶ HTA ▶ Hipocaliémia ▶ Desidratação hipertónica |
|---|---|

4-Polielelectrolítico com glicose

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicações ▶ Suplemento na nutrição parentérica. ▶ Desidratação isotónica ▶ Compensação de perdas plasmáticas em queimaduras de grau elevado | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contra indicações ▶ Diabetes ▶ Desidratação hipertónica ou hipotónica ▶ Hipercaleiémia ▶ Hiperlactacidémia |
|--|---|

Substitutos do sangue /expansores do volume e terapias de oxigénio

- ▶ Várias pesquisas para obter uma substancia que não necessite de refrigeração nem tipagem.
- ▶ **Perfluorocarbonos (PFC)**
- ▶ Compostos sintéticos com elevada solubilidade para o oxigénio
- ▶ Sem elementos biológico,
- ▶ Semi-vida curta e necessidade de administrar grandes quantidades de Fio2.

PHTLS (2007)

Transportadores de oxigénio com base na hemoglobina(TOBH)

Hemoglobina de sangue bovino sem membra celular

Sem necessidade tipagem

Podem ser guardados por longos periodos

Toxidade pela própria hemoglobina.

PHTLS (2007)



Anexo VIII

Poster “Via Aérea Difícil”

VIA AÉREA DIFÍCIL

Alunos do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: **Chaves**, Anabela; **Almeida**, Carla; **Silva**, Fernando

INTRODUÇÃO

Critérios de Avaliação da Via Aérea (VA)

Via Aérea Dificil (VAD) é quando há necessidade mais de 3 tentativas, ou duração superior a 10 minutos, para o correcto posicionamento do tubo traqueal, utilizando-se laringoscopia convencional.

Ocorre em cerca de 0,05-0,3% da população cirúrgica.

A manipulação inadequada da via aérea é responsável por 30% das mortes de causa eminentemente anestésica, razão pela qual vários países elaboraram protocolos de actuação (Vacas, 2009).

Critérios/ parâmetros	Sugestão de <u>intubação difícil</u> .
História de <u>intubação difícil</u>	
Comprimento dentes incisivos superiores	Compridos/Longos.
Distância <u>interincisiva</u>	Menor que 3 cm.
Relação entre incisivos maxilares e <u>mandibulares</u>	Relação entre incisivos maxilares e <u>mandibulares</u>
Mobilidade <u>mandibular</u>	Doente não consegue trazer os incisivos <u>mandibulares</u> à frente dos incisivos maxilares.
Espaço <u>mandibular</u>	Pequeno.
Complacência espaço <u>mandibular</u>	Ocupado por massa ou pouco elástico.
Classificação de <u>mallampati- Samssoon-Young</u>	Grau IV- Língua grande, úvula não visível. Não é visível quando a língua é protráida com o doente em posição sentada.
Conformação do palato	Muito arqueado e estreito.
Distância <u>tiromentoniana</u>	Menor que 6 cm.
Distância <u>mento-esternal</u>	Menor que 12 cm.
Mobilidade cervical	Incapacidade de tocar com o queixo no tórax ou extensão pescoço.
Longitude/comprimento e perímetro cervical	Pescoço curto e largo.

Fonte: VACAS, Susana 2009

Dispositivos de Abordagem da VAD



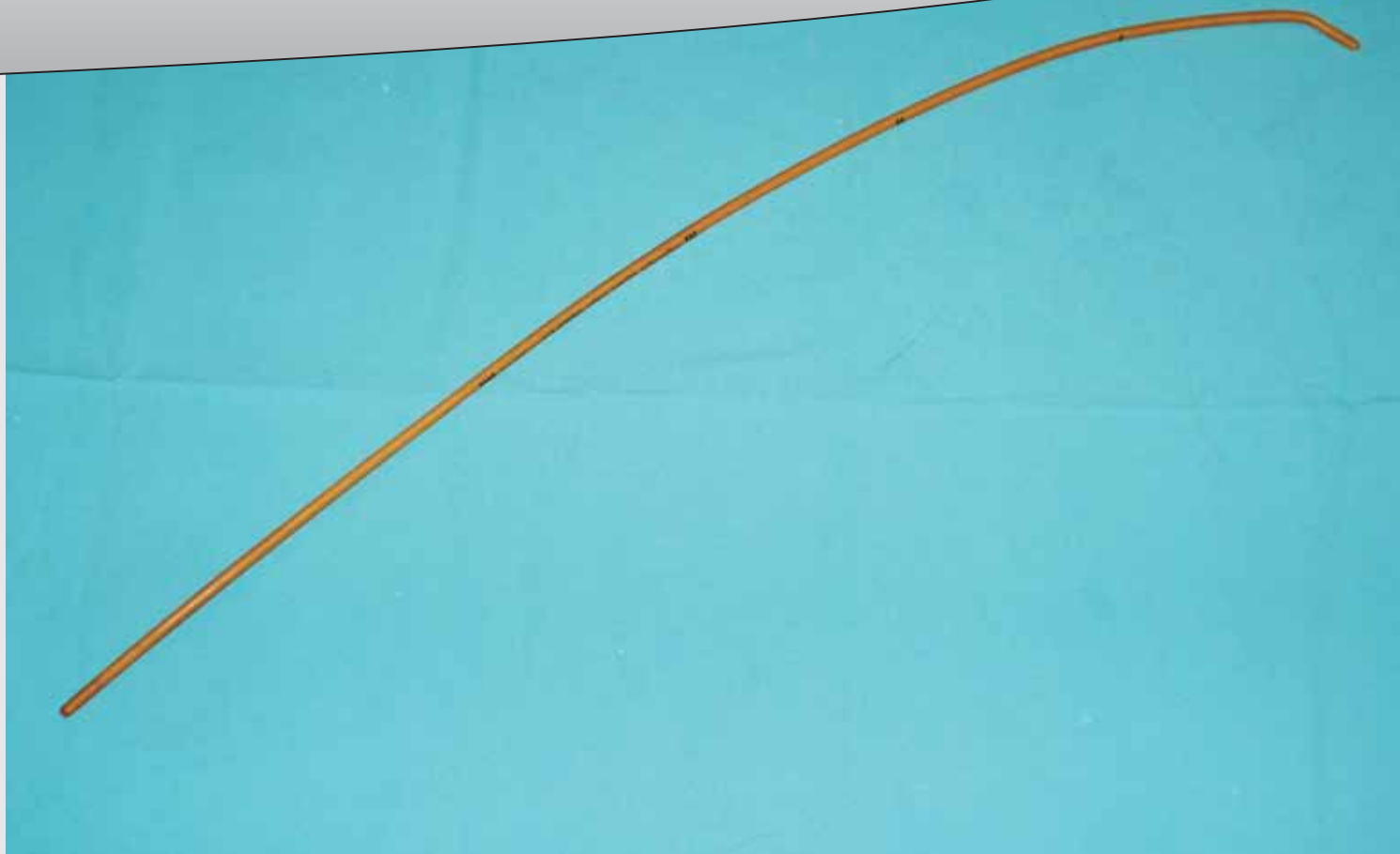
Máscara facial e ambu
Pode ser o primeiro recurso para manter a via aérea. Pré-oxigenação do paciente. Assistência ventilatória inicial na paragem cardio-respiratória.



Máscara laríngea
Indispensável na manipulação da via aérea difícil, dispensa laringoscopia. Rapidez no acesso e controle da VA. Indicado em situação de emergência "não entubo, não ventilo" como um dispositivo salva-vidas. Dispensa relaxantes musculares.



Combitube / Tubo Laríngeo
Alternativa à ML. Introdução rápida sem laringoscopia. Permite adequada ventilação independentemente da sua posição (esofágica ou traqueal). Diminui o risco de aspiração. Movimentos da coluna limitados ou luxações cervicais.



Bougie
Dispositivo auxiliar para intubação traqueal – tipo introdutor. Fácil manutenção. Exige pouco treino.



Fibroscópio
Melhor acesso na intubação difícil. Avalia a via aérea antes da intubação. Excelente visualização da via aérea. Evita intubação esofágica ou endobrônquica. Menos traumática.



Mc Coy
Lâmina de laringoscópio com ponte articulada de forma a melhorar a exposição da laringe.



Glide Scope
Fornece uma clara visão em tempo real da via aérea. Permite intubação rápida e precisa.



Cricotiroidotomia
Último recurso no algoritmo de VAD. Atitude a tomar "life saving".

O enfermeiro tem um papel activo em todo o processo que envolve o manuseamento da VA, permitindo uma actuação rápida, eficaz, segura e com qualidade. É fundamental que o enfermeiro:

- Conheça os meios ao seu dispor no seu local de trabalho.
- Saiba as indicações e funcionamento dos dispositivos existentes.
- Verifique, mantenha, ordene e prepare os equipamentos e material acessório, para evitar riscos acrescidos pela possibilidade da ocorrência de falhas.
- Saiba reconhecer uma VAD à observação do doente.
- Conheça as manobras facilitadoras da ventilação e entubação.
- Conheça o algoritmo de VAD.
- Saiba actuar em conformidade numa situação de VAD.
- Colabore eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras, de acordo com as suas competências.
- Promova um ambiente seguro para o doente e equipa.
- Actue em equipa.

Considerações Finais

A avaliação da VA deve ser sempre realizada, pois a falha de identificação de situações de via aérea potencialmente difícil pode levar a situações em que não pode ser possível ventilar e assim não oxigenar o doente. (Teixeira, 2009)

A actuação em equipa deve ser eficaz e eficiente, com uma padronização de procedimentos e equipamentos.

Lançamos o desafio na elaboração de um carro de via aérea difícil, na medida em que disponibiliza todos os elementos necessários à sua abordagem.

Bibliografia

- Vacas, Susana - Via aérea difícil prevista. Serviço de Anestesiologia e reanimação, Hospital Distrital de Santarém, Maio 2009.
- Teixeira, Sara -Controle da via aérea e ventilação. Serviço de Anestesiologia eReanimação, Hospital Distrital de Santarém, Maio 2009.
- <http://viaaereadifícil.com.br> – consultado a 27/09/2010

Anexo IX

Artigo científico: “Cristalóides vs
Colóides”

CRISTALÓIDES VERSUS COLOIDES

Carla Alexandrina Figueiredo Almeida

Palavras – chaves: fluidoterapia, cristalóides, coloides

0. INTRODUÇÃO

A administração de fluidos é uma das intervenções mais comuns na prática de enfermagem, e deve ser encarada como uma medida terapêutica capaz de provocar lesão semelhante a qualquer fármaco.

Os estudos sobre os diferentes fluidos começaram em 1861 com Graham Thomas, investigações sobre a difusão levou a classificar as substâncias em cristalóides ou coloides, com base na sua capacidade de se difundirem através de uma membrana de pergaminho, os Crystalloids passed readily through the membrane, whereas colloids (from the Greek word for glue) did not. cristalóides passaram facilmente pela membrana, enquanto que os coloides não. (Oliveira, 2002)

Este artigo tem como objectivo descrever as principais características, e reflectir sobre os dois grandes grupos de fluidos cristalóides e coloides á volta dos quais, existe grande controvérsia.

1. CRISTALÓIDES

Os cristalóides são soluções salinas equilibradas com electrólitos, que funcionam como expansores plasmáticos por um curto período de tempo, são compostos por partículas de baixo peso molecular. (PHTLS, 2007)

As soluções cristalóides mais utilizadas para reposições volémica são as soluções fisiológicas a 0,9% e Lactato de Ringer. Estas soluções atravessam facilmente a barreira endotelial e tendem a acumular-se em maior quantidade no interstício, de tal forma que, ao final de uma hora, apenas 20% do volume infundido permanece no espaço intravascular, o que obriga uma reposição três a quatro vezes maior que a perda estimada (Lobo, 2006)

The pH of isotonic saline is also considerably lower than the plasma pH. O pH do soro fisiológico é consideravelmente menor do que o pH do plasma, These differences are rarely of any clinical significance. The chloride content of isotonic saline is particularly high relative to plasma (154 mEq/L versus 103 mEq/L, respectively), so hyperchloremic metabolic acidosis is a potential risk with large-volume isotonic saline resuscitation. O teor de cloreto da solução salina isotônica é particularmente elevado em relação ao do plasma, assim a acidose metabólica e hiperclorémia é um risco potencial quando são infundidos grandes volumes de soro fisiológico a 0,9%. Hyperchloremia has been reported, but acidosis is rare. Hiperclorémia tem sido relatada, mas a acidose é rara. (Roberts, 2004)

Existem também cristalóides hipertônicos, que contêm concentrações elevadas de electrólitos, a mais comum, é o cloreto de sódio a 7,5%, que tem mais de 8 vezes a concentração de sódio do que o soro fisiológico a 0,9%, 250ml da solução hipertônica tem o mesmo efeito que 2 a 3l do soro fisiológico a 0,9%. No entanto uma análise de vários estudos não conseguiu mostrar melhor sobrevida dos doentes, em comparação com o uso de cristalóides isotônicos. (PHTLS, 2007)

As soluções hipertônicas expandem o volume intravascular, elevam a pressão arterial e o débito cardíaco com pequenos volumes, e favorecem o fluxo de água do interstício para o intravascular principalmente através de rápida mobilização de líquido intracelular para o intravascular, podendo expandir a volêmia até 10 vezes mais do que o Lactato de Ringer e soro fisiológico 0,9%. (Oliveira, 2002)

O Lactato de Lactated Ringer's solution contains potassium and calcium in concentrations that approximate the free (ionic) concentrations in plasma. O LO Ringer é outro cristalóide muito utilizado como fluido terapia de emergência, contém potássio e cálcio em concentrações idênticas às do plasma, The addition of these cations requires a reduction in sodium concentration for electrical neutrality, so lactated Ringer's solution has less sodium than isotonic saline. tem menos sódio do que o soro fisiológico a 0,9%. The addition of lactate (28 mEq/L) similarly requires a reduction in chloride concentration, and the chloride in lactated Ringer's more closely

approximates plasma chloride levels than does isotonic saline. Despite the differences in composition, there is no evidence that lactated Ringer's provides any benefit over isotonic saline. Apesar das diferenças da composição, não há evidências de que o Lactato de Ringer proporciona melhores resultados que solução salina isotônica. Furthermore, there is no evidence that the lactate in Ringer's solution provides any buffer effect. (Soares, 2009)

Outras soluções cristalóides são as soluções de glicose, que estão contra indicadas em doentes críticos, que por si já apresentam aumento de produção de CO₂, e o excesso de glicose contribui para a formação de lactatos podendo agravar a situação do doente. (PHTLS, 2007)

2- COLOIDES

Os coloides são soluções constituídas por moléculas de alto peso molecular, restritos ao compartimento vascular, os coloides têm também a propriedade oncótica, de “puxar” líquidos do espaço intersticial para o intravascular, causando assim expansão vascular. (PHTLS, 2007)

Os coloides podem ser naturais (albumina), ou sintéticos (gelatinas, dextrans, amidos). A **Albumina Humana** é uma proteína produzida no fígado, a sua produção está relacionada com os níveis de pressão oncótica do plasma. Quando há uma administração intravenosa 40% dessa albumina distribui-se pelo espaço vascular e 60% extravasa posteriormente para o interstício (Miana, 2008). No entanto, devido ao seu alto custo e à disponibilidade limitada, o desenvolvimento de coloides sintéticos tem sido uma grande conquista, pois permite responder a situações clínicas diversas (Barzaga, 2004) .

O **amido** são coloides sintéticos, constituídos por moléculas de amilopectina , com peso molecular semelhante ao da albumina. Estas soluções raramente causam reacções

anafiláticas, no entanto o custo destas soluções é elevado em comparação com os cristalóides. Os efeitos colaterais mais temidos são a alteração da coagulação, diminuição da função renal e acumulação nos tecidos que pode causar prurido. (Miana, 2008)

Os **dextrans** são compostos por moléculas de polissacarídeos, cada grama da solução pode reter até 25ml de água no espaço vascular (Miana, 2008). Entretanto, o uso de Dextran está diminuindo gradativamente em todo mundo, principalmente devido aos seus efeitos colaterais e ao tempo de permanência no espaço intravascular que é curto em comparação com outros coloides (Choi, 1999).

Os **Dextrans** podem produzir hemorragia relacionada com a inibição da agregação plaquetária, reduzindo a activação do Fator VIII, e aumentando o risco de fibrinólise. The hemostatic defects are minimized by limiting the daily dextran dose to 20 mL/kg. Os efeitos colaterais são minimizados através da limitação da dose diária de dextrano a 20ml / kg. (Soares, 2009)

As **gelatinas** são coloides sintéticos, derivados do colagénio bovino, são os mais antigos, utilizado em humanos na 1ª guerra mundial. Em comparação com outros coloides, apresentam menos efeitos colaterais, principalmente em relação às alterações da coagulação e da função renal, são de baixo custo e não têm limitação de doses. No entanto, promovem menor expansão plasmática e têm permanência mais curta no espaço intravascular. A incidência de reacção anafilática é maior devido à liberação de histamina. (Choi, 1999)

	Vantagens	Desvantagens
Cristalóides	-Não causam reacções alérgicas - Baixo custo - Corrigem défice do volume intersticial da hipovolémia	- Maior volume para o mesmo efeito - Maior edema intersticial - Ringer com lactato - incompatível com vários fármacos - Atravessam a parede vascular de forma rápida

Coloides	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidez de acção - Menor volume para o mesmo efeito - Podem aumentar a pressão oncótica - Atravessam a parede vascular de forma lenta 	<ul style="list-style-type: none"> - Podem causar reacções alérgicas - Podem interferir com a coagulação - Dispendiosos - Efeito temporário
-----------------	--	---

CONCLUSÃO

A controvérsia do uso de **coloides** ou **cristalóides** parece não terminar. Apesar das vantagens teóricas para os cristalóides em repor o líquido intersticial, os coloides produzem menos edema pulmonar.

Estudos recentes demonstram que o mais importante é repor o volume, e não tanto se o fluido é um cristalóide ou coloide.

Estudo aleatório para comparar o efeito na ressuscitação de coloides e cristalóides numa população heterogénea de UCI (NEJM 05/2004).

- ▶ O “*end-point*” foi morte até ao 28º dia
- ▶ Envolveu 6997 doentes
- ▶ Os resultados foram semelhantes nos dois grupos

Mortalidade	coloides	cristaloides
Trauma	81/596(13,6%)	59/590 (10,0%)
Sepsis	185/603(30,7%)	217 /615(35,3%)
Total	726/3473 (20,9%)	729/3460 (21,1%)

Apesar da superioridade dos fluidos coloides para a expansão do volume plasmático, fluidoterapia coloide não confere uma sobrevida maior em pacientes com choque hipovolêmico. The biggest disadvantage of colloid resuscitation is the higher cost of colloid fluids. A maior desvantagem de reanimação coloide é o maior custo destes fluidos. Using equivalent volumes of 250 mL for colloid fluids and 1000 mL for crystalloid fluids, the cost of colloid resuscitation is three times as high (if hetastarch is used) to six times as high (if albumin is used) than volume resuscitation with isotonic saline. Usando volumes equivalentes a 250ml de líquidos coloides e 1000ml de líquidos cristalóides, o custo de reanimação coloide é três vezes mais alto (se usarmos um amido) e seis vezes mais alto (se usarmos a albumina). (Martins, 2008)

This lack of improved outcomes is a major rallying point for crystalloid users, but it does not negate the fact that colloid fluids are more effective for maintaining blood volume in patients who are actively

2. BIBLIOGRAFIA

MIANA, Leonardo A. - Escolha de fluidos á transfusão sanguínea na cirurgia. Consultado a 19 de Novembro, disponível em:

<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2056/pdf/mat%2020.pdf>

CHOI P., et al - Crystalloids vs. colloids in fluid resuscitation: a systematic review. Crit Care Med, 1999

ROBERTS L.,et al - Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. Cochrane Database Syst Rev, 2004

FODOR, Lucian ,et al-Controversies in fluid resuscitation for burn management: Literature review and ourexperience. Injury, Int. J. Care Injured (2006), 374—379

Ficha do medicamento. Consultado a 21 de Novembro, disponível em <http://www.infarmed.pt/formulario/ficha.php?idc=213>

LOBO, Suzana Margareth-Consenso brasileiro de monitorização e suporte hemodinâmico - Parte V: suporte hemodinâmico. Consultado em 20 de Novembro, disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

SOARES, Raquel Reis – reposição de volémia. Consultado em 20 de Novembro, disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=521556&indexSearch=ID>

BARZAGA, Gladys A. - Reemplazo de volumen. consultado em 20 de Novembro, disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76_2_04/ped06204.htm

SOTO, Vivian Vialat et al - Clinical review: Hypertonic saline resuscitation in sepsis. Crit Care, 2002; 6:418-423.

MARTINS, Herlon Saraiva, ed. lit. ; AWADA, Soraia Barakat, ed. lit. - Pronto-socorro : diagnóstico e tratamento em emergências. 2ª ed. rev. e ampliada. São Paulo : Manole, cop. 2008. LIII, 2178 p.. ISBN 978-85-204-2772-9

MCIVAR, Andrew ; CLANEY, John - Princípios de substituição de fluidos por via intravenosa. Ano 10, nº 115 (Outubro 1997), p. 14-19.

SPINELLA, Philip C. - Uma abordagem nova e equilibrada à transfusão no choque hemorrágico. N.º 40 (Outubro/Dezembro 2009), p. 27-35.